

3 1761 11970297 5



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119702975>

A1
XC 28
H39

Government
Publications

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 1

Thursday, April 20, 1989
Tuesday, May 16, 1989
Wednesday, May 24, 1989

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 1

Le jeudi 20 avril 1989
Le mardi 16 mai 1989
Le mercredi 24 mai 1989

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

**Health and Welfare,
Social Affairs,
Seniors and the
Status of Women**

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

**Santé et du
Bien-être social, des
Affaires sociales, du
Troisième âge et de la
Condition féminine**

RESPECTING:

Organization meeting

Main Estimates 1989-90: Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25,
30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 and 70 under
NATIONAL HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

Réunion d'organisation

Budget des dépenses principal 1989-1990: crédits 1,
5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 et 70
sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET
BIEN-ÊTRE SOCIAL

APPEARING:

The Honourable Perrin Beatty,
Minister of National Health and Welfare

COMPARAÎT:

L'honorable Perrin Beatty,
Ministre de la Santé nationale
et du Bien-être social

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)

Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

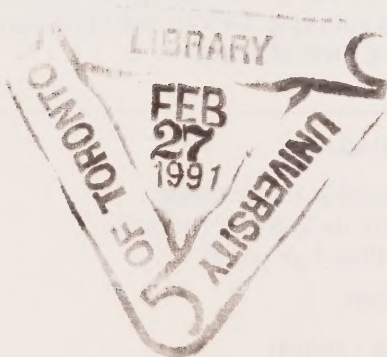
Vice-président: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Le greffier du Comité
Clairette Bourque



ORDER OF REFERENCE

Extract from the Votes and Proceedings of the House of Commons:

Friday, April 28, 1989

ORDERED.—That pursuant to Standing Order 81(6), Employment and Immigration Votes 25 and 35 as well as National Health and Welfare Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 and 70 for the fiscal year ending March 31, 1990, be referred to the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women.

ATTEST

ROBERT MARLEAU
Clerk of the House of Commons

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes:

Le vendredi 28 avril 1989

IL EST ORDONNÉ.—Qu'en vertu de l'article 81(6) du Règlement, les crédits 25 et 35, Emploi et Immigration, de même que les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 et 70, Santé nationale et Bien-être social, pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1990, soient déferés au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine.

ATTESTÉ

Le Greffier de la Chambre des communes
ROBERT MARLEAU

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, APRIL 20, 1989

(1)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 3:36 o'clock p.m. this day, in Room 269 West Block, for the purpose of electing a Chairman and a Vice-Chairman, pursuant to Standing Orders 106(1) and 106(2).

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Mary Clancy, John Cole, David Dingwall, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Brian White, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Joe Fontana for Paul Martin, Bob Kilger for Jean-Claude Malépart, Guy Ricard for Gabrielle Bertrand and Pierrette Venne for Nicole Roy-Arcelin.

The Clerk of the Committee presided over the election of a Chairman.

Bruce Halliday, seconded by Brian White, moved,—That Bob Porter do take the Chair of this Committee as Chairman.

The question being put on the motion, it was agreed to.

Accordingly, Bob Porter was declared duly elected Chairman of the Committee.

The Chairman took the Chair.

Guy Ricard, seconded by John Cole, moved,—That Nicole Roy-Arcelin be elected Vice-Chairman of the Committee.

The question being put on the motion, it was agreed to.

Accordingly, Nicole Roy-Arcelin was declared duly elected Vice-Chairman of the Committee *in absentia*.

Stanley Wilbee moved,—That the Committee print 550 copies of its *Minutes of Proceedings and Evidence*, as established by the Board of Internal Economy.

And debate arising thereon;

Joy Langan moved,—That the motion be amended by adding “and that the Committee members who wish to receive them could receive up to 25 copies.”

After debate, the question being put on the amendment, it was agreed to.

The question being put on the main motion, as amended, it was agreed to.

Brian White moved,—That the Chairman and one other member of the Committee be authorized to hold meetings in order to receive and authorize the printing of Evidence when a quorum is not present.

After debate, the motion was, by unanimous consent, withdrawn.

PROCÈS-VERBAUX

LE JEUDI 20 AVRIL 1989

(1)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit, aujourd'hui à 15 h 36, dans la pièce 269 de l'Édifice de l'ouest, pour élire un président et un vice-président, conformément aux dispositions des paragraphes 106(1) et 106(2).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Mary Clancy, John Cole, David Dingwall, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Brian White, Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Joe Fontana remplace Paul Martin; Bob Kilger remplace Jean-Claude Malépart; Guy Ricard remplace Gabrielle Bertrand; Pierrette Venne remplace Nicole Roy-Arcelin.

Le greffier du Comité préside l'élection d'un président.

Bruce Halliday, appuyé par Brian White, propose,—Que Bob Porter occupe le fauteuil du présent Comité à titre de président.

La motion est mise aux voix et adoptée.

Bob Porter est donc déclaré dûment élu président du Comité.

Le président occupe le fauteuil.

Guy Ricard, appuyé par John Cole, propose,—Que Nicole Roy-Arcelin soit élue vice-présidente du Comité.

La motion est mise aux voix et adoptée.

Nicole Roy-Arcelin est donc déclarée dûment élue vice-présidente du Comité *in absentia*.

Stanley Wilbee propose,—Que le Comité fasse imprimer 550 exemplaires de ses *Procès-verbaux et témoignages*, conformément à la politique du Bureau de la régie interne.

Un débat s'engage alors;

Joy Langan propose,—Que la motion soit modifiée en retranchant le mot «interne» et en substituant ce qui suit: «interne, et que les membres du Comité qui le désirent puissent en recevoir jusqu'à 25 exemplaires».

Après débat, l'amendement est mis aux voix et adopté.

La motion, ainsi modifiée, est mise aux voix et adoptée.

Brian White propose,—Que le président et un autre membre du Comité soient autorisés à tenir des réunions pour recevoir des témoignages et en permettre l'impression en l'absence du quorum.

Après débat, par consentement unanime, la motion est retirée.

On motion of Brian White, it was agreed,—That the Chairman or the acting Chairman and two (2) other members of at least one of whom is a member of an opposition party be authorized to hold meetings in order to receive and authorize the printing of Evidence when a quorum is not present.

John Cole moved,—That the Chairman, the Vice-Chairman and one Member from each party appointed by the Chairman after the usual consultations with the Whips of the different parties, do compose the Subcommittee on Agenda and procedure.

After debate, the question being put on the motion, it was agreed to.

Stanley Wilbee moved,—That the Committee retain the services of one or more Research Officers from the Library of Parliament, as needed, to assist the Committee in its work, at the discretion of the Chairman.

The question being put on the motion, it was agreed to.

Joy Langan moved,—That during the questioning of witnesses at any meeting of this Standing Committee, there be allocated 15 minutes for the first questioner of each party and that thereafter, 10 minutes be allocated to each subsequent questioner or 10 and 5 or 10 and 10.

By unanimous consent, the Committee agreed to discuss this motion at a future date.

Brian White moved,—That, as established by the Board of Internal Economy, and if requested, reasonable travelling, accommodation and living expenses be reimbursed to witnesses who will have been invited and have appeared before the Committee, up to a maximum of three (3) representatives for any one organization.

After debate, the question being put on the motion, it was agreed to.

Joy Langan moved,—That the Committee consider, where necessary, travel advances to groups or individuals invited to appear before it.

And debate arising thereon;

On motion of John Cole, it was agreed,—That the motion be tabled until next meeting after a report back from the Chairman as to whether that motion is within the mandate of the Committee and whether there is a mechanism in place.

On motion of Bruce Halliday, it was agreed,—That, whenever an Order in Council for appointment or a certificate of nomination for appointment is referred to the Committee, the Clerk of the Committee shall obtain and circulate to each Member of the Committee a copy of the curriculum vitae of each appointee or nominee.

On motion of Brian White, it was agreed,—That no smoking be allowed at the Committee meetings.

Sur motion de Brian White, il est convenu,—Que le président ou son suppléant et deux (2) autres membres du Comité, dont un membre au moins du parti de l'opposition, soient autorisés à tenir des réunions pour recevoir des témoignages et en permettre l'impression en l'absence du quorum.

John Cole propose,—Que le président, la vice-présidente et un membre de chacun des partis, désigné par le président après les consultations d'usage avec les whips des divers partis, forment le Sous-comité du programme et de la procédure.

Après débat, la motion est mise aux voix et adoptée.

Stanley Wilbee propose,—Que le Comité, s'il le juge utile et à la discrétion du président, retienne les services d'un ou de plusieurs attachés de recherche de la Bibliothèque du Parlement pour l'aider dans ses travaux.

La motion est mise aux voix et adoptée.

Joy Langan propose,—Que, lors de l'interrogatoire des témoins à toute séance du présent Comité permanent, quinze (15) minutes soient allouées au premier intervenant de chaque parti, puis dix (10) minutes par la suite à chaque autre intervenant.

Par consentement unanime, le Comité consent à débattre cette motion à une date ultérieure.

Brian White propose,—Que, conformément à la politique du Bureau de la régie interne et sur demande, les témoins invités à comparaître devant le Comité soient remboursés de leurs frais de déplacement et de séjour jugés raisonnables, à raison de tout au plus trois (3) délégués par organisme.

Après débat, la motion est mise aux voix et adoptée.

Joy Langan propose,—Que le Comité étudie, au besoin, la possibilité de verser des arrhes à d'acompte de voyage aux groupes ou aux particuliers invités à comparaître devant lui.

Un débat s'engage;

Sur motion de John Cole, il est convenu,—Que la motion soit déposée jusqu'à la prochaine séance qui suivra la réception d'un rapport du président sur la question de savoir si la motion se situe dans les limites du mandat du Comité, et s'il y a un mécanisme en place.

Sur motion de Bruce Halliday, il est convenu,—Que chaque fois qu'un décret du conseil afférent à une nomination ou qu'un certificat de décret du conseil afférent à une nomination est déferé au Comité, le greffier obtienne un exemplaire du curriculum vitae de chacune des personnes ainsi nommées, et en remette copie à chaque membre du Comité.

Sur motion de Brian White, il est convenu,—Que l'usage du tabac soit interdit au cours des séances du Comité.

At 4:40 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, MAY 16, 1989

(2)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 3:39 o'clock p.m. this day, in Room 371 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, David Dingwall, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Coline Campbell for Jean-Claude Malépart; Al Horning for Barbara Greene; Rey Pagtakhan for Paul Martin.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Antony G. Jackson and Joan Vance, Research Officers.

The Committee met to discuss its future business.

The Chairman presented the First Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure, which is as follows:

Your Sub-Committee met on Wednesday, May 10, 1989, to consider the future business of the Committee and agreed to make the following recommendations:

1. That briefing sessions dealing with the 1989-90 Main Estimates for Health and Welfare Canada be held with officials from the Department of National Health and Welfare before May 24, 1989.
2. That the following Ministers be invited to appear before the Committee with respect to the 1989-90 Estimates:
 - Minister of National Health and Welfare
 - Minister of State (Seniors)
 - Minister of State (Fitness and Amateur Sport)
 - Minister responsible for the Status of Women.
3. That the following agencies be invited to appear before the Committee with respect to the 1989-90 Estimates:
 - Status of Women—Office of the Co-ordinator
 - Canadian Advisory Council on the Status of Women
 - Medical Research Council of Canada
 - National Council of Welfare
 - Federal Centre for AIDS.

À 16 h 40, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 16 MAI 1989

(2)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos, aujourd'hui à 15 h 39, dans la pièce 371 de l'Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bob Porter, (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, David Dingwall, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White, Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Coline Campbell remplace Jean-Claude Malépart; Al Horning remplace Barbara Greene; Rey Pagtakhan remplace Paul Martin.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Antony G. Jackson et Joan Vance, attachés de recherche.

Le Comité se réunit pour déterminer ses futurs travaux.

Le président présente le Premier rapport du Sous-comité du programme et de la procédure, libellé en ces termes:

Votre Sous-comité s'est réuni le 10 mai 1989 pour étudier les travaux futurs du Comité et a convenu de faire les recommandations suivantes:

1. Que l'on tienne des séances d'information relatives au Budget des dépenses 1989-1990 de Santé et Bien-être social Canada avec des fonctionnaires du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, avant le 24 mai 1989.
2. Que l'on invite les ministres suivants à comparaître devant le Comité en ce qui concerne le Budget des dépenses 1989-1990:
 - le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social
 - la ministre d'État (Troisième âge)
 - le ministre d'État (Condition physique et Sport Amateur)
 - la ministre responsable de la condition féminine.
3. Que l'on invite les organismes suivants à comparaître devant le Comité en ce qui concerne le Budget des dépenses 1989-1990:
 - Condition féminine—Bureau de la coordonnatrice
 - Conseil consultatif canadien de la situation de la femme
 - Conseil de recherches médicales du Canada
 - Conseil national du bien-être social
 - Centre fédéral sur le SIDA.

It was agreed,—That the First Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure be concurred in.

At 5:44 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

WEDNESDAY, MAY 24, 1989

(3)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 3:39 o'clock p.m. this day, in Room 371 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, John Cole, David Dingwall, Bruce Halliday, Joy Langan, Paul Martin, Nicole Roy-Arcelin, Brian White, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Rey Pagtakhan for Jean-Claude Malépart; Roger E. Simmons for Mary Clancy; Pierrette Venne for Barbara Greene.

Other Members present: Lise Bourgault, Coline Campbell, Albina Guarnieri.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Antony G. Jackson and Joan Vance, Research Officers.

Appearing: The Honourable Perrin Beatty, Minister of National Health and Welfare.

Witness: From the Department of National Health and Welfare: Dr. M.M. Law, Deputy Minister.

The Order of Reference dated Friday, April 28, 1989, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1990, being read as follows:

*Ordered,—*That Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 and 70 under NATIONAL HEALTH AND WELFARE be referred to the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women.

The Chairman called Vote 1.

The Minister made a statement and, with the witness, answered questions.

Vote 1 was allowed to stand.

At 5:14 o'clock p.m., the Committee proceeded *in camera* to consider the Second Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure.

It was agreed,—That the Second Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure be concurred in.

At 5:32 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

Il est convenu,—Que le Premier rapport du Sous-comité du programme et de la procédure soit adopté.

À 17 h 44, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MERCREDI 24 MAI 1989

(3)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit, aujourd'hui à 15 h 39, dans la pièce 371 de l'Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bob Porter, (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, John Cole, David Dingwall, Bruce Halliday, Joy Langan, Paul Martin, Nicole Roy-Arcelin, Brian White, Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Rey Pagtakhan remplace Jean-Claude Malépart; Roger E. Simmons remplace Mary Clancy; Pierrette Venne remplace Barbara Greene.

Autres députés présents: Lise Bourgault, Coline Campbell, Albina Guarnieri.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Antony G. Jackson et Joan Vance, attachés de recherche.

Comparait: L'honorable Perrin Beatty, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social,

Témoin: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: Docteur M.M. Law, sous-ministre.

Lecture de l'ordre de renvoi du vendredi 28 avril 1989 ayant trait au Budget principal des dépenses pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1990, est donnée en ces termes:

*Il est ordonné,—*Que les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 et 70 inscrits sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL soient déférés au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine.

Le président met en délibération le crédit 1.

Le Ministre fait une déclaration, puis lui-même et le témoin répondent aux questions.

Le crédit 1 est réservé.

À 17 h 14, le Comité adopte le huis clos pour examiner le Deuxième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure.

Il est convenu,—Que le Deuxième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure soit adopté.

À 17 h 32, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Thursday, April 20, 1989

• 1536

The Clerk of the Committee: Hon. members, I see a quorum. Pursuant to Standing Orders 116, 106(1), and 106(2), your first item of business is to elect a chairman. I am ready to receive motions to that effect.

Mr. Bruce Halliday (Oxford): Madam Clerk, I would take great pleasure in nominating Mr. Robert Porter to be chairman of this committee.

Mr. Brian White (Dauphin—Swan River): I second that motion.

Motion agreed to

The Chairman: Thank you very much, members of the committee, for the vote of confidence. Once again we see parliamentary democracy at work. However, may I say it is a privilege for me to be here to serve as your chairman. Perhaps at the outset I could say that with the amalgamation of committees—as those of you who have been here before will realize, they have reduced the number of committees on the Hill from about 29 to 21—our committee will be one of the larger committees, and the grouping we have in it will certainly give us ample room to explore a number of areas. We do fall under the jurisdiction, I would think, of at least five of the ministries. So I think we can appreciate there will be a considerable amount of work and leeway for those within the committee to explore avenues they feel are of necessity in dealing with the various issues.

• 1540

May I say also that, as in all committees, we must work together, and I hope the cross-section of people who have allowed their names to stand for this committee will do their utmost to serve the constituents we all represent, the citizens of Canada. I look forward to working with each of you.

The first item on our agenda this afternoon, following the election of the Chair, is to elect a vice-chairman. Pursuant to Standing Order 106, the committee has to elect a vice-chairman. I am ready to receive a motion to that effect.

M. Guy Ricard (député de Laval): Je propose M^{me} Roy-Arcelin, comme vice-présidente.

Motion agreed to

The Chairman: As for the routine motions we will have to carry out to establish our committee, one deals

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le jeudi 20 avril 1989

La greffière du Comité: Mesdames et messieurs, il y a quorum. En conformité des articles 116, 106(1) et 106(2) du Règlement, le choix d'un président est le premier sujet à l'ordre du jour. Je suis prête à recevoir des motions à cet effet.

M. Bruce Halliday (député de Oxford): Madame la greffière, j'ai le plaisir de proposer que M. Robert Porter soit élu président du comité.

M. Brian White (député de Dauphin—Swan River): J'appuie la motion.

La motion est adoptée

Le président: Je tiens à remercier les membres du comité pour la confiance qu'ils viennent de me témoigner. Encore un autre exemple de la démocratie parlementaire au travail. Permettez-moi de dire que c'est un privilège pour moi de vous servir ici comme président. Je commencerai par dire qu'avec le fusionnement des comités—ceux d'entre vous qui ne sont pas députés pour la première fois savent que le nombre de comités parlementaires est passé d'environ 29 à 21—notre comité sera l'un des plus importants, et les domaines qui relèvent de lui sont si vastes que nous aurons la possibilité d'examiner une grande quantité de sujets. Notre domaine d'activité regroupe le travail d'au moins cinq ministères. Il y aura donc amplement de travail et de marge de manœuvre pour les membres du comité qui sont désireux d'examiner des questions dont l'étude s'impose à leurs yeux pour mener à bien l'analyse des différents dossiers.

Permettez-moi de souligner également que, comme c'est le cas pour l'ensemble des comités, il nous faut tous travailler ensemble, et j'espère que le groupe assez représentatif de personnes qui ont bien voulu que leur nom soit retenu pour le comité fera de son mieux pour servir les électeurs que nous représentons tous, c'est-à-dire les citoyens du pays. C'est avec plaisir que j'envisage de travailler avec chacun d'entre vous.

La première question à l'ordre du jour pour la séance de cet après-midi, l'élection du président étant maintenant chose faite, est l'élection d'un vice-président. Conformément à l'article 106 du Règlement, le comité doit élire un vice-président. Je suis prêt à recevoir une motion à cet effet.

Mr. Guy Ricard (Laval): I would like to nominate Mrs. Roy-Arcelin for the position of vice-chairman.

La motion est adoptée

Le président: Pour ce qui est des motions habituelles que nous devons examiner en vue d'établir officiellement

[Texte]

with the *Minutes of Proceedings and Evidence* that is to be printed and the quantity in which it is to be printed. It has been suggested we have 550 copies in the manner approved by the Board of Internal Economy. I know that in the past it has been more than that. It has been reduced several times, and this is the suggestion. I am willing to entertain a motion relating to the number of copies we should have printed.

Mr. Wilbee (Delta): I move that 550 copies be printed.

Ms Langan (Mission—Coquitlam): Mr. Chairman, I suggest an amendment, that 25 copies automatically be sent to each committee member.

Mr. Cole (York—Simcoe): Is that in addition to the 550 copies?

Ms Langan: That would be preferable, but I assume that the board has assigned us 550 maximum. So I am suggesting that 25 copies automatically go to committee members and we would distribute them.

The Chairman: Does that allow enough for the remaining copies required? That is 25 copies to each of 14 members; that would take 350 copies.

Ms Langan: Mr. Chairman, if the numbers are of concern, then it is possible out of the committee's budget to pay for additional copies. But I think it is imperative that we each receive 25 copies if we are going to be effectively able to do our—

The Chairman: It is 350 copies, and it would appear that if we are going to use the 550 figure it would not leave sufficient for the 350 that are required. Do we have any further discussion on that amendment?

• 1545

Mr. Wilbee: Personally, I would have no use for 25 copies that I know of right now. Perhaps later on I could develop a use, but at this stage it would be wasting money to send them to me personally.

Mr. Halliday (Oxford): In recognition of the hon. member, Ms Langan, maybe we could consider the suggestion that the members who wish extra copies could ask for them, because I think a lot of us would not want to use them. That would be a waste, and we are trying to conserve where possible.

The Chairman: Would you consider changing your amendment to those who wish to receive them?

Mr. Halliday: Could receive up to 25 copies.

[Traduction]

notre comité, l'une traite des *Procès-verbaux et témoignages* à faire imprimer et des quantités à commander. Il a été proposé que les *Procès-verbaux et témoignages* soient imprimés en 550 exemplaires selon la façon approuvée par le Bureau de régie interne. Je sais que par le passé nous en avons fait imprimer davantage. Plusieurs réductions ont été effectuées, et c'est ce nombre qui a été proposé. Je suis prêt à recevoir une motion concernant le nombre d'exemplaires à faire imprimer.

M. Wilbee (député de Delta): Je propose que l'on fasse imprimer 550 exemplaires.

Mme Langan (député de Mission—Coquitlam): Monsieur le président, je propose un amendement, notamment que 25 exemplaires soient automatiquement envoyés à chacun des membres du comité.

M. Cole (député de York—Simcoe): En plus des 550 exemplaires?

Mme Langan: Ce serait préférable, mais si j'ai bien compris, le Bureau de régie interne a fixé un maximum de 550. Je propose donc que 25 exemplaires soient automatiquement envoyés aux membres du comité qui en assureront la distribution.

Le président: Cela nous laissera-t-il suffisamment d'exemplaires pour couvrir les autres besoins? Si chacun des 14 membres du comité reçoit 25 exemplaires, cela en fait 350.

Mme Langan: Monsieur le président, si le nombre n'est pas suffisant, il serait peut-être possible de puiser dans le budget du comité pour faire imprimer des exemplaires supplémentaires. Je pense qu'il est impératif que nous recevions chacun 25 exemplaires si nous voulons être efficace dans notre... .

Le président: Cela donnerait 350 exemplaires, et si nous allons retenir le nombre de 550, il n'y en aura pas assez. Quelqu'un d'autre aimerait-il se prononcer sur cet amendement?

M. Wilbee: Quant à moi, actuellement je ne saurais que faire de 25 exemplaires. Je pourrai peut-être m'en servir plus tard mais pour l'instant, ce serait du gaspillage que de me les envoyer.

M. Halliday (député de Oxford): Pour rendre service à M^{me} Langan, on pourrait peut-être accepter que les députés qui le souhaitent demandent des exemplaires supplémentaires. En effet, pour beaucoup d'entre nous, ils ne serviraient à rien et ce serait du gaspillage à un moment où on essaie de l'éviter le plus possible.

Le président: Accepteriez-vous de modifier votre amendement pour qu'il ne vise plus que ceux qui en font la demande?

M. Halliday: Ils pourraient en obtenir jusqu'à 25 exemplaires.

[Text]

Ms Langan: I will amend it.

Mr. Halliday: Whatever number you want to ask for.

Amendment agreed to

Motion as amended agreed to

The Chairman: Before we go any further, some of us are new, while some have been around for awhile. I wonder if we could just start and perhaps introduce ourselves around the table. We are going to have to work together. I know there are some alternates here today, but perhaps you could just briefly tell us who you are and your constituency if you would not mind, please.

Mr. Dingwall: David Dingwall, Member of Parliament from Nova Scotia, the constituency of Cape Breton—East Richmond.

Ms Clancy: Mary Clancy, Member of Parliament from Nova Scotia as well, the constituency of Halifax.

Mr. Fontana: Joe Fontana, London East.

Ms Langan: Joy Langan, four-foot-ten, Member of Parliament for Mission—Coquitlam.

Mr. Axworthy: Chris Axworthy, Saskatoon—Clark's Crossing.

Mr. Kilger: Bob Kilger, Stormont—Dundas. I might add that I am an alternate. Jean-Claude Malépart is the member who should be here.

Mr. Cole: My name is John Cole. I am from Ontario and I represent the riding of York—Simcoe and I am a member of this committee.

Mr. Soetens: I am René Soetens and I represent the real Ontario. I am here on behalf of Barbara Greene. I am just an alternate.

Mme Venne: Pierrette Venne, députée de Saint-Hubert, dans la province de Québec. Je remplace M^{me} Nicole Roy-Arcelin.

Mr. Wilbee: Stan Wilbee from Delta, British Columbia.

Mr. Halliday: Bruce Halliday from Oxford in southwest Ontario.

M. Ricard: Guy Ricard, je remplace M^{me} Gabrielle Bertrand.

Mr. White: Brian White, from the riding of Dauphin—Swan River in western Manitoba.

The Chairman: My name is Bob Porter. I represent the riding of Medicine Hat in southern Alberta. So it would appear that we have Canada pretty well represented here this afternoon, and I do thank you for your intervention and introducing yourselves.

The next item deals with a quorum: that the chairman be authorized to hold meetings, to receive and authorize the printing of evidence when a quorum is not present. We need a motion determining what this committee is

[Translation]

Mme Langan: Je vais le modifier.

M. Halliday: Vous pouvez demander le nombre que vous voulez.

L'amendement est adopté

La motion amendée est adoptée

Le président: Avant de poursuivre, je tiens à signaler que certains membres du comité sont nouveaux alors que d'autres sont ici depuis longtemps. Nous pourrions peut-être commencer par nous présenter. Nous sommes appelés à travailler ensemble. Je sais qu'il y a aujourd'hui quelques substituts mais j'aimerais que chacun des membres donne son nom et la circonscription qu'il représente.

M. Dingwall: David Dingwall, député de la Nouvelle-Écosse, circonscription de Cape Breton—Richmond-Est.

Mme Clancy: Mary Clancy, députée de la Nouvelle-Écosse également, circonscription de Halifax.

M. Fontana: Joe Fontana, London-Est.

Mme Langan: Joy Langan, quatre pieds dix, députée de Mission—Coquitlam.

M. Axworthy: Chris Axworthy, Saskatoon—Clark's Crossing.

M. Kilger: Bob Kilger, Stormont—Dundas. Je suis substitut et je remplace Jean-Claude Malépart qui est membre permanent du comité.

M. Cole: Je m'appelle John Cole. Je suis de l'Ontario et je représente la circonscription de York—Simcoe. Je suis membre du comité.

M. Soetens: Je m'appelle René Soetens et je représente le coeur de l'Ontario. Je remplace ici Barbara Greene. Je suis substitut.

Mrs. Venne: Pierrette Venne, Member for Saint-Hubert, in the Province of Quebec. I am here on behalf of Mrs. Nicole Roy-Arcelin.

M. Wilbee: Stan Wilbee de Delta, en Colombie-Britannique.

M. Halliday: Bruce Halliday, d'Oxford dans le sud-ouest de l'Ontario.

Mr. Ricard: Guy Ricard. I am here as an alternate for Mrs. Gabrielle Bertrand.

M. White: Brian White, de la circonscription de Dauphin—Swan River dans l'ouest du Manitoba.

Le président: Je m'appelle Bob Porter. Je représente la circonscription de Medicine Hat dans le sud de l'Alberta. Il semble que toutes les régions du Canada soient assez bien représentées cet après-midi et je vous remercie de vous être présentés.

Il nous faut maintenant parler du quorum: que le président soit autorisé à tenir des réunions, à entendre des témoignages et à en autoriser l'impression en l'absence de quorum. Il faut que quelqu'un présente une motion pour

[Texte]

going to establish as a quorum for the receiving of that evidence and hearing witnesses. We are one of the larger committees, but I do ask you to keep in mind too that some of you are on a number of committees. It is evident today by the number of alternates we have that it is sometimes difficult to get everybody out. So, with that in mind, we are open to a motion and discussion as to how the quorum for the standing committee will be established.

Mr. Wilbee: Are you referring here to the committee to hear evidence? You are talking now about the ability for this committee to hear evidence, not to make decisions?

The Chairman: That is right.

Mr. White (Dauphin—Swan River): I move that the chairman and one other member of the committee be authorized to receive and authorize the printing of evidence when a quorum is not present.

Mr. Halliday: I just have a little concern about that, because there will be days when you will want to be away, Mr. Chairman. We should say "the chairman or acting chairman". I would then be agreeable to that motion, I think.

Mr. Dingwall (Cape-Breton—East Richmond): Perhaps you could explain your motion. You are saying just two members of the committee?

Mr. White: Yes.

Mr. Dingwall : I am kind of new to this.

Mr. White: This is just for hearing evidence. If you have a much larger number then quite often witnesses are kept waiting for sometimes half an hour or an hour before you can start hearing evidence. There would be no motions allowed or nothing would be passed in the absence of the other members. It is just to hear evidence and make sure that we have. . . If we are hearing two or three witnesses at one meeting, for example, it does not hold these people up for an extended period of time.

• 1550

Mr. Dingwall: Perhaps we could concur on that if we followed—I would not say the precedent because each committee has its own jurisdiction in terms of what it does. Perhaps we could have two members of the opposition present or one member of the opposition present in order to hear the testimony of a particular witness who may be at the request of the opposition, or may be at the request of the government members, whatever. I think the opposition should have at least one member in attendance before we proceed, including the opposition.

Mr. Cole: Maybe I could shed a little bit of light on this situation. I think one of the things that certainly those in the opposition are concerned about, and also those on the government side, is the situation of making sure that the

[Traduction]

fixer le quorum exigé pour entendre des témoignages. Notre comité est un des plus importants en nombre et je vous demanderais de ne pas oublier que certains d'entre vous siègent à d'autres comités. À en juger par le nombre de substituts présents aujourd'hui, il est clair qu'il est parfois difficile de vous réunir tous. Cela dit, que quelqu'un présente une motion dont nous débattons pour fixer le quorum du comité permanent.

M. Wilbee: Vous parlez ici du quorum exigé pour entendre des témoignages, n'est-ce pas? Il s'agit bien des témoignages et non pas des décisions?

Le président: C'est cela.

M. White (député de Dauphin—Swan River): Je propose qu'on autorise le président et un membre du comité à entendre des témoignages et à en autoriser l'impression en l'absence du quorum.

M. Halliday: Voici ce qui m'inquiète ici. Monsieur le président, il y a des jours où vous serez empêché d'assister à nos réunions. On devrait dire plutôt «le président ou le président suppléant». Dans ce cas-là, je voterais en faveur de la motion.

M. Dingwall (député de Cape Breton—Richmond-Est): Donnez-nous quelques explications. Vous proposez que seuls deux membres du comité soient présents?

M. White: C'est cela.

M. Dingwall: Je n'ai pas tellement l'habitude de tout ceci.

M. White: Il s'agit tout simplement de l'audition des témoins. Si nous fixions un nombre plus élevé, cela signifierait que très souvent des témoins devraient attendre jusqu'à une demi-heure ou une heure avant que nous puissions commencer à les entendre. Il est entendu qu'en l'absence des autres membres du comité, aucune motion ne sera présentée et il n'y aura pas de mise aux voix. Il s'agit tout simplement d'entendre des témoignages et de s'assurer que nous avons. . . Si par exemple nous devons entendre deux ou trois témoins lors d'une séance, ainsi, personne n'est retardé indûment.

M. Dingwall: Nous pourrions peut-être nous entendre si nous suivions. . . Je ne dirai pas de respecter ce qui s'est fait auparavant car chaque comité est maître de ses activités. Nous pourrions peut-être demander que soient présents deux députés de l'opposition, ou encore un seul, pour l'audition des témoignages dans le cas où il s'agirait d'un témoin convoqué par l'opposition ou encore à la demande des membres du parti ministériel. Je pense qu'il faudrait la présence d'un député de l'opposition pour ouvrir la séance.

M. Cole: Permettez-moi d'apporter quelques explications. Ce que certainement les députés de l'opposition ont à coeur, et c'est vrai aussi pour le parti ministériel, c'est de garantir que les délibérations se

[Text]

hearing is fair and that everyone understands what is going on. In the interest of the efficiency of the system, however, I think it is critical that the chairman have the right to do this for one particular reason. Now, I am not suggesting that people on this committee might have an axe to grind with a certain particular individual, but if they did, all they would have to do is not show up. The committee has gone to the expense of bring the individual here and as a result we have a major problem, in my opinion.

As long as everyone is notified, I think it would resolve the situation. I think if we notify everyone that so-and-so is going to present evidence—a member from either side or whoever—if they are interested, they are going to come. If they cannot come, they are going to make sure someone else is here. I think that puts the responsibility on the individual rather than holding up the proceedings of this committee.

Therefore, I would appreciate it if I could make that amendment: provided that everyone on the committee is notified of the hearing date.

Ms Langan: I think it would be better to err on the side of fairness or the appearance of fairness; in other words, ensure that there is a member of the opposition present. If people start grinding axes, as was suggested maybe could happen, then the committee can deal with that as a committee and can review its decision and so on. But to prejudice that opposition members may be—

Mr. Cole: I did not say opposition members.

Ms Langan: Well, we are the people who want to be present. To prejudice and assume that we may start playing games with the committee I think is somewhat unwarranted. I would urge the adoption of the amendment that an opposition member be present. If we have difficulty, you certainly have the numbers to change it at a later date.

Mr. Fontana (London East): I am not sure it is a question of notification, because I believe that process is being followed. I hope the committee will work well together as much as possible on a non-partisan basis. The witnesses, however, who may very well come a long way to present evidence, may after the fact say that they did not have the proper representation because certain other parties or whatever were not in attendance.

May I suggest that because there are essentially eight of you and six of us, it is not much to ask that one of those three people should have to be an opposition member for the purpose of hearing evidence. I think that would ensure that no questions could be asked about the fairness of any particular hearing or evidence that was being presented.

• 1555

Mr. Wilbee: I agree there should be an opposition member at any place where evidence is being heard. It would save a lot of arguments in the future. You could

[Translation]

déroulent de façon juste et que tout le monde comprend ce qui se passe. Néanmoins, pour des raisons d'efficacité, il est capital que le président ait le droit de faire cela pour une raison bien précise. Je ne veux pas laisser entendre ici que des membres du comité pourraient en vouloir à un témoin en particulier, mais si cela arrivait, ils pourraient tout simplement choisir de ne pas se présenter. Or, le comité engage des dépenses pour faire venir un témoin et cela entraîne à mon avis un problème grave.

Du moment que tout le monde est avisé, il n'y a pas de problème. Si nous avisons chacun des membres qu'un témoin donné va venir, peu importe l'appartenance politique, ceux que cela intéresse se présenteront. S'ils ne peuvent pas se présenter, ils s'assureront d'envoyer un substitut. Ainsi, chacun prend ses responsabilités et cela évite de retarder les délibérations du comité.

Par conséquent, j'aimerais proposer l'amendement suivant: dans la mesure où chaque membre du comité est avisé de la date de la séance.

Mme Langan: Je pense qu'il vaudrait mieux pêcher par excès de justice ou d'apparence de justice. En d'autres termes, je voudrais que l'on s'assure de la présence d'un député de l'opposition. Si quelqu'un entretient des querelles personnelles, comme on a dit que cela pouvait se produire, le comité en tiendra compte en tant que comité et pourra revenir sur sa décision. Mais décider d'avance que les députés de l'opposition pourraient. . .

M. Cole: Je ne parlais pas de députés de l'opposition.

Mme Langan: Je vous dirais que nous sommes ceux qui veulent être présents. Supposer ou présumer que nous allons tendre des pièges au comité est assez gratuit. Je vous exhorte donc à adopter un amendement portant qu'un député de l'opposition doit être présent. Si cela occasionne des difficultés, vous êtes certainement assez nombreux pour modifier cette règle plus tard.

M. Fontana (député de London-Est): Je ne pense pas que les avis de convocation soient en cause car ils sont envoyés de façon routinière. J'espère que les membres du comité pourront travailler de leur mieux ensemble en évitant toute considération sectaire. Toutefois, les témoins qui viendront parfois de très loin pourraient prétendre que le comité n'était pas représentatif car un parti ou l'autre n'était pas présent.

Ainsi, puisque vous êtes huit et que nous sommes six, ce serait bien peu que de demander qu'un des trois membres qui constitueraient le quorum permettant d'entendre des témoignages soit un député de l'opposition. Ainsi, on éviterait toute critique concernant la tenue d'une séance ou l'audition de témoignages.

M. Wilbee: Je conviens qu'il faudrait la présence d'un député de l'opposition chaque fois qu'on entend des témoignages. Cela permettrait de faire taire beaucoup de

[Texte]

point to the minutes and these would indeed be verified by those people who were there. For my own protection or for the government members' protection, I think it is fair and right that the motion should contain the clause that at least one opposition member should be present.

Mr. White: Mr. Chairman, if the committee will allow me—I have no problem with that—I could withdraw my original motion and lay another motion on the table at this time; in the spirit of compromise, my colleague reminds me.

Some hon. members: Agreed.

Mr. White: I therefore move that the chairman and two other members, of which at least one is to be an opposition member, be authorized to hold meetings to receive and authorize the printing of evidence when a quorum is not present.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, does that mean you personally have to be here, or can your deputy be here?

The Chairman: Acting chairman.

Mr. Halliday: It is not in the motion. I am wondering whether that is implied or not.

The Chairman: Perhaps we should put that in: the chairman or the acting chairman.

The motion now is that the chairman or the acting chairman and two other members, at least one of whom is a member of an opposition party... "An opposition party" is fine?

Mr. Dingwall: We would like to say the Official Opposition, but in the spirit of generosity...

An hon. member: We tried that elsewhere and it did not work.

Motion agreed to

The Chairman: I hope the spirit of co-operation continues. We are off to a pretty good start.

Mr. Fontana: Mr. Chairman, while we are on the subject of procedures, in the event that there is a lack of a quorum for a particular meeting, whether or not it is for the purposes of hearing delegations or witnesses, I take it that what we just did was part and parcel, may I suggest, because I am also new at this whole game... do I understand that a meeting could essentially take place without a quorum of members? Can a meeting of this committee occur without a full quorum being present?

The Chairman: If we were to pass motions or have substantive evidence related to hearings I would think at that time we would need a full quorum of the committee.

Mr. Fontana: But there could be instances where a meeting could take place without a full quorum if in fact motions were not being considered or what have you.

The Chairman: If motions were not being considered.

[Traduction]

critiques à l'avenir. Ainsi, on pourrait se reporter au procès-verbal qu'authentifieraient ceux qui étaient présents. Pour ma propre protection ou pour celle des députés du parti ministériel, il est juste d'inclure dans la motion qu'au moins un député de l'opposition doit être présent.

M. White: Monsieur le président, je ne vois aucun inconvénient, si les membres du comité me le permettez, à retirer ma première motion pour la remplacer par une autre. Un des mes collègues me dit que c'est par souci de bonne entente.

Des voix: D'accord.

M. White: Je propose que le président et deux membres du comité, dont l'un serait un député de l'opposition, soient autorisés à réunir le comité pour entendre des témoignages et en autoriser l'impression en l'absence de quorum.

M. Halliday: Monsieur le président, cela signifie-t-il que vous devez être là en personne? Pouvez-vous vous faire remplacer?

Le président: Ou le président suppléant.

M. Halliday: Ces termes ne sont pas inscrits dans la motion. C'est peut-être implicite.

Le président: Nous devrions peut-être le préciser: le président ou le président suppléant.

La motion porte que le président ou le président suppléant et deux autres membres du comité, dont au moins un est membre d'un parti d'opposition... «Un parti d'opposition», cela va?

M. Dingwall: Nous préférierions que ce soit l'opposition officielle mais dans un esprit de concorde...

Une voix: On a déjà essayé de faire cela ailleurs mais en vain.

La motion est adoptée

Le président: J'espère que cet esprit de bonne entente va être maintenu. Les choses ont bien commencé.

M. Fontana: Monsieur le président, puisqu'il s'agit ici de procédures, au cas où nous n'aurions pas le quorum pour une séance donnée, qu'il s'agisse ou non d'une séance tenue pour entendre des témoins, je suppose que ce que nous venons d'adopter est assez routinier mais, parce que je suis nouveau ici... cela signifie-t-il qu'on pourrait tenir des séances en l'absence de quorum? Cela signifie-t-il que le comité peut se réunir sans le quorum?

Le président: Je pense qu'il faudrait avoir le quorum réglementaire pour adopter des motions ou pour entendre des témoignages importants.

M. Fontana: Mais il pourrait arriver que l'on tienne une réunion du comité sans le quorum réglementaire dans le mesure où des motions ne seraient pas présentées, n'est-ce pas?

Le président: C'est cela, s'il n'y avait pas de motion.

[Text]

Mr. Fontana: I was going to suggest that if that eventuality occurred the same sort of mechanism could be in place, that in fact a meeting that lacked a quorum would not be able to continue unless at least one member of the opposition were present. It would be only when a meeting without a quorum was called to order or what have you. I do not know if that happens. So I think you can have meetings without quorums.

The Chairman: The committee cannot adopt a motion if we do not have a quorum, and the quorum in this case is 8. There are 14, total, on this committee, counting the chairman. So we would have to have 8 to adopt any motion that was to come before the standing committee.

Mr. Fontana: Only for the purposes of a motion. But one could have a meeting where no motions would be considered, and to hear perhaps not even witnesses.

I do not know what eventuality will come up. I just wanted to get that procedural question, whether that could occur, out of the way. That is all.

• 1600

Ms Langan: People are saying no; but if you say that a quorum is eight members and the government side has eight members on the committee, that means you could indeed convene a meeting in the absence of any opposition members.

The Chairman: There are no qualifications within the quorum. A quorum for this size of committee is eight. I realize, too, that notices do go out, and we will discuss that later, when you have time. But you all have ample notice prior to any of the meetings. I think it has been generally accepted that we have always had a quorum there.

What we have just dealt with is a concern we had in the past. It can be somewhat embarrassing for a committee to have a group of witnesses come in and, for one reason or another, we cannot get a meeting under way because of the circumstances we have just described.

The next item on our agenda is the appointment of a Subcommittee on Agenda and Procedure.

In the past there has been a chairman, vice-chairman and... depending on what this committee decides today, who will consult with the Whips of the different parties to compose the subcommittee, the agenda we are going to follow, and perhaps the direction we are going and the areas we may wish to cover.

I would entertain a motion for the formation of the Subcommittee on Agenda and Procedure.

Mr. Cole: I move that the steering committee consist of the chairman, the vice-chairman, and one member from each party.

[Translation]

M. Fontana: Je voulais proposer que dans ces cas-là, on ait recours au même mécanisme, à savoir qu'une réunion du comité en l'absence du quorum ne pourrait pas se poursuivre à moins qu'un député de l'opposition ne soit présent. Il ne s'agirait que des réunions convoquées en l'absence de quorum. Je ne sais pas si cela se produit. Je suppose qu'il peut y avoir des séances sans quorum.

Le président: Le comité ne peut pas adopter de motion en l'absence de quorum et, dans le cas qui nous occupe, il est de huit. Le comité est formé de quatorze membres au total, le président compris. Il faudrait donc la présence de huit d'entre nous pour adopter une motion dont serait saisi le comité permanent.

M. Fontana: Seulement dans le cas d'une motion. Il pourrait y avoir des réunions où aucune motion n'est présentée, pour discuter tout simplement, sans même entendre des témoins.

Je ne sais pas si un tel cas se présentera. Je voulais tout simplement éclaircir ce détail de procédure, c'est tout, mais je ne sais pas si cela se produit.

Mme Langan: On dit que non. Toutefois, le quorum est de huit et le parti ministériel est représenté par huit membres au comité. Cela signifie que l'on pourrait réunir le comité en l'absence des députés de l'opposition.

Le président: Il n'y a pas de conditions dans le cas du quorum. Pour un comité de cette taille, le quorum est de huit. D'autre part, les avis de convocation sont envoyés et j'en parlerai plus tard. Chacun sera avisé longtemps à l'avance avant la tenue d'une séance. On a pu constater par le passé qu'on avait toujours le quorum.

Ce dont nous venons de parler concerne une difficulté que nous avons rencontrée par le passé. Il peut être parfois gênant pour les membres d'un comité de convoquer un groupe de témoins et, pour une raison quelconque, de ne pas pouvoir ouvrir la séance à cause de l'empêchement que nous venons de décrire.

Nous devons parler maintenant de la formation d'un sous-comité du programme et de la procédure.

Par le passé, y siégeaient le président, le vice-président et... quelqu'un d'autre suivant ce que nous déciderons aujourd'hui. Il faudra consulter les whips des divers partis pour la formation de ce sous-comité, pour le programme qui sera le nôtre et peut-être pour l'orientation que nous suivrons de même que les sujets que nous aborderons.

Je voudrais qu'on présente une motion concernant la formation du sous-comité du programme et de la procédure.

M. Cole: Je propose que le comité directeur se compose du président, du vice-président et d'un membre de chacun des partis.

[Texte]

Mr. Fontana: I am sorry, but I find the motion rather unclear. Does that mean there would be five people?

Mr. Cole: Five people: the chairman, the vice-chairman, one, one, and one.

Mr. Fontana: So if you were adding it up, it would be three government members against two opposition members.

Are votes taken at the steering committee level?

The Chairman: Any recommendations as to the various areas we may wish to pursue that come from the steering committee would come before the full committee.

Mr. Dingwall: Mr. Chairman, on that point, which is agreeable to us and I assume will be passed by the committee, we in the Official Opposition would like to have leave, if you will, to withhold the name of our member who will sit on the subcommittee.

As you know there are several ministries that will be involved in this particular committee—issues affecting the portfolio of Health and Welfare, Status of Women, etc. We might choose to interchange as to who the subcommittee person will be for the purpose of establishing the agenda, whether it has to do with the estimates and/or the calling of various witnesses.

In due course we will provide to the Chair and other members the names of those individuals.

Mr. Cole: I do not think it is designating any one particular individual.

Motion agreed to

Mr. Wilbee: Mr. Chairman, before we all leave, are you going to introduce our researcher?

• 1605

The Chairman: I was going to do that, and there are some other people I would like to introduce.

We have done all those things that were necessary today. There are a number of other items we can discuss at this or future meetings. I know that on Thursday afternoon some of you may have an agenda, that you may have to leave or you may have other commitments. Do you wish to carry on? There are a few other things we can touch on, but I appreciate the timing and that some of you may have to catch a flight. It is at your pleasure.

Mr. Wilbee: The meeting seemed to be breaking up, and I wondered who was going to be doing the work.

The Chairman: Under some of the routine motions, the Library of Parliament and the research officers will help in this committee, I believe we have representatives here: Maureen Baker, Tony Jackson, and Joan Vance.

[Traduction]

M. Fontana: Excusez-moi, mais je trouve que la motion n'est pas très claire. Cela signifie-t-il que le sous-comité se composera de cinq personnes?

M. Cole: C'est cela, cinq personnes: le président, le vice-président, un, un et un.

M. Fontana: Cela signifie au total trois membres du parti ministériel et deux membres de l'opposition.

Est-ce qu'on vote au comité directeur?

Le président: Toutes les recommandations concernant les domaines que nous aborderons et émanant du comité directeur seront présentées au comité plénier.

M. Dingwall: Monsieur le président, cette motion nous convient et je suppose qu'elle sera adoptée par les membres du comité mais l'opposition officielle voudrait avoir la permission de ne pas nommer tout de suite le député qui la représentera au sous-comité.

Vous le savez, les questions abordées par le comité intéresseront plusieurs ministères, Santé et Bien-être, Condition féminine, etc. Nous trouverons peut-être utile de remplacer de temps à autre notre représentant au sous-comité chargé d'établir le programme, de choisir quelqu'un pour les prévisions budgétaires et quelqu'un d'autre par exemple pour la convocation des témoins.

Nous donnerons au président et aux autres membres du comité le nom des personnes concernées en temps utile.

M. Cole: Je ne pense pas que la motion demande que l'on désigne quelqu'un en particulier.

La motion est adoptée

M. Wilbee: Monsieur le président, avant que nous ne partions tous, allez-vous nous présenter notre documentaliste?

Le président: Je voulais justement vous le présenter, et je veux aussi vous présenter certaines autres personnes.

Nous avons fait tout ce que nous devons faire aujourd'hui. Il y a un certain nombre d'autres points qui peuvent être examinés aujourd'hui ou à une séance ultérieure. Je sais que, jeudi après-midi, certains d'entre vous auront peut-être d'autres engagements et que vous seriez obligés de partir. Voulez-vous que nous poursuivions? Il y a encore quelques questions que nous pourrions examiner, mais je suis conscient de l'heure, et je sais que certains d'entre vous ont peut-être un vol à prendre. C'est comme vous voulez.

M. Wilbee: Il me semblait que nous étions sur le point de lever la séance, et je me demandais simplement qui allait faire le travail.

Le président: En vertu de certaines des motions courantes, la bibliothèque du Parlement et des attachés de recherche aideront le comité dans ses travaux. Je crois que nous avons parmi nous quelques représentants de la

[Text]

These people are here from the Library of Parliament, and I have their CVs here if any of you are interested. They have a good background in many of the areas this committee will touch on. As is usual with all committees, should there be a need for the committee to go outside and get some specialized advice in an area, we can do so. However, that is at the cost of the committee.

So the motion we would have is that the committee retain the services of one or more research officer from the Library of Parliament, as needed, to assist the committee in its work at the discretion of the chairman.

It has been moved by Dr. Wilbee.

Motion agreed to

The Chairman: The next item that comes up is the time allocation for questioning and, again, whether or not this will change slightly because of our format this time with committees. In the past with witnesses here—it may be different in committees on which some of you have served—we have usually had the first round of 10 minutes for questioning—normally, the Official Opposition, the NDP, the Conservatives—going around with five-minute interventions by the members following that. Does anybody have a problem or a suggestion for a better method of doing it than that?

Ms Langan: I do not have a problem with the method, Mr. Chairman, but I suggest the first questioner should be given 15 minutes and that it be 10 after that; that is, 10 and 5 or 10 and 10.

Mr. White: Mr. Chairman, I suggest we leave this until a future meeting and give the committee members a chance to think about it. Perhaps when we do get to the stage where we are going to be hearing witnesses, we could determine the time allocation at that point. Would that be acceptable to the rest of the committee? I guess I am moving that we table the motion.

The Chairman: If it is moved to table, there would be no vote on that. The motion is that we table the motion until such time as we feel we can bring it up again prior to dealing with witnesses.

Mr. Halliday: Might I comment on that for just a moment. I think we might find there will eventually be a need for some subcommittees of this standing committee, and in that event there will be a lot fewer members on the subcommittee. That is where we will probably hear the majority of our witnesses, and I think we should be flexible and maybe allow the subcommittees to establish their own procedure, as they can do. There will be the occasional time, such as for estimates, where we have the big full committee here, and I think what has been proposed for 10 and 5 would not be unreasonable.

[Translation]

bibliothèque: Maureen Baker, Tony Jackson et Joan Vance. J'ai ici leurs curriculum vitae, si cela vous intéresse. Ils ont de solides connaissances dans beaucoup des domaines que le comité sera appelé à aborder. Comme c'est le cas pour les autres comités, si nous avons besoin faire appel à des gens de l'extérieur pour obtenir des conseils spécialisés dans une domaine en particulier, nous pouvons le faire. Le coût de ces services est cependant imputé au budget du comité.

La motion porte donc que le comité retienne, s'il le juge utile et à la discrétion du président, les services d'un ou de plusieurs attachés de recherche de la bibliothèque du Parlement pour l'aider dans ses travaux.

La motion est proposée par M. Wilbee.

La motion est adoptée

Le président: Le prochain point concerne l'attribution de temps pour les questions. Il faut voir s'il y a lieu de modifier quelque peu la formule pour cette nouvelle législature. Par le passé, quand nous entendions des témoins—la situation est peut-être différente pour d'autres comités auxquels certains d'entre vous avez siégé—nous prévoyons généralement un premier tour de dix minutes pour les questions—en règle générale, l'opposition officielle, le NPD, puis les Conservateurs—puis des interventions d'environ cinq minutes pour les intervenants suivants. Quelqu'un a-t-il des objections à cette façon de procéder ou quelqu'un veut-il proposer une meilleure façon de procéder.

Mme Langan: Je n'ai pas d'objections à cette façon de procéder, monsieur le président, mais je propose que le premier intervenant ait droit à quinze minutes, puis que chaque intervenant ait ensuite droit à dix minutes; c'est-à-dire, dix et cinq ou dix et dix.

M. White: Monsieur le président, je propose que nous reportions cette question à une séance ultérieure pour donner aux membres du comité le temps d'y réfléchir. Peut-être pourrions-nous attendre pour décider de l'attribution de temps que le moment soit venu d'entendre des témoins. Les autres membres du comité seront-ils d'accord avec cette façon de procéder? Je propose en fait que nous reportions l'étude de la motion.

Le président: S'il est proposé d'en reporter l'étude, nous ne voterons pas sur la motion. Il est donc proposé que nous reportions l'étude de la motion jusqu'à ce que nous jugions opportun d'y revenir avant d'entendre des témoins.

M. Halliday: Si vous me permettez, je voudrais dire quelques mots à ce sujet. Je crois qu'à un moment donné nous jugerons utile de créer des sous-comités de notre Comité permanent, et ces sous-comités auront beaucoup moins de membres que le comité comme tel. Comme la majorité de nos témoins comparaitront sans doute devant ces sous-comités, j'estime qu'il nous faut être assez souple et permettre peut-être aux sous-comités de déterminer eux-même leur mode de fonctionnement, comme ils sont habilités à le faire. Pour certaines questions, comme pour les prévisions budgétaires, le comité se réunira en séance

[Texte]

[Traduction]

pléniaire, et je crois qu'une limite de dix et de cinq minutes serait raisonnable.

• 1610

The Chairman: Dr. Halliday, in mentioning that—and perhaps each of us could give this some consideration over the next while in discussing subcommittees—as I have indicated earlier, and if you have noticed the areas this committee is responsible for, you may wish to consider subcommittees. I assume that most of our work would be here in Ottawa; there could be the odd time that there would be some travel. But I think, given the mandate we have, that serious consideration should be given to looking at the format of subcommittees. I think that will come in as we get into the things. There are some smaller areas that perhaps one or two people will have an interest in and can pursue; others may require more. But I hope that you will each give it some thought and perhaps the areas you have interest in.

I do not know whether we can deal with the following one, witnesses' expenses. In the past committees have paid for the expenses of witnesses we wished to bring in, expert witnesses. Those were reasonable expenses; that is, transportation, accommodation while in Ottawa. I guess where we get into the problem is that we will have those who wish to appear before this committee and are here for one reason or another. In the past there may have been some misuse of that process; people have used that as an excuse to get a trip to Ottawa to perhaps do other things but also appear before a standing committee. So we should perhaps be somewhat cautious of that—but certainly for those expert witnesses that we bring in, and as to the number perhaps as well. When we get over two witnesses we should look pretty carefully at it. There may be the odd time you wish to have more, but I would think in most cases two and at the outside three.

Then again, dealing with those who will ask to appear before this committee, we are going to have to determine how we wish to handle that. So if you would like to open that up for discussion then we could entertain some thoughts on that. I am not suggesting that we need a cut-and-dried motion on that at this time, but those of you who have served on other committees before may have some suggestions.

Ms Langan: Not having worked on another committee before but certainly having worked in the world of social policy before, which a large part of this committee's work

Le président: Vous faites bien de le mentionner, monsieur Halliday, car chacun de nous pourrait réfléchir à toute cette question des sous-comités; comme je l'ai déjà dit, compte tenu des divers domaines d'activité que le comité sera appelé à aborder, il serait peut-être utile de songer à créer des sous-comités. Je suppose que la plus grande partie de notre travail se fera ici à Ottawa; les déplacements seraient rares, mais pas forcément exclus. À mon avis, le mandat qui nous a été confié invite à songer sérieusement à la formule des sous-comités. Les choses se préciseront au fur et à mesure que nous avancerons dans nos travaux. Ainsi, pour certains domaines d'activité mineurs, nous pourrions créer des sous-comités de une ou deux personnes qui s'intéressent tout particulièrement à la chose; pour d'autres domaines, par contre, il pourrait être nécessaire de faire appel à plus de une ou deux personnes. J'espère que chacun d'entre vous réfléchira à tout cela et tentera de déterminer les questions qui l'intéressent plus particulièrement.

Je ne sais pas si nous pouvons passer maintenant au point suivant, les dépenses des témoins. Par le passé, les comités ont toujours payé les dépenses des témoins qu'ils convoquaient à titre d'experts. Les témoins étaient défrayés de leurs dépenses raisonnables, c'est-à-dire, des dépenses engagées pour leur transport et pour leur hébergement pendant leur séjour à Ottawa. Cela pourrait poser un problème du fait que certaines personnes pourraient demander à comparaître devant le comité et qu'elles viendraient ici pour d'autres raisons aussi. Par le passé, il y a peut-être eu certains abus à cet égard; ainsi, le fait de comparaître devant un comité permanent servait de prétexte pour obtenir un voyage à Ottawa afin d'y faire autre chose. La prudence s'impose donc, non seulement pour les témoins que nous convoquons à titre d'experts, mais aussi pour le nombre de témoins qui peuvent représenter un groupe en particulier. Dès qu'il sera question qu'un groupe soit représenté par plus de deux témoins, il faudra être sûr que cela soit vraiment nécessaire. Il pourra arriver de temps en temps qu'on veuille convoquer plus de deux personnes, mais j'estime que, dans la plupart des cas, nous ne devrions en recevoir que deux ou au grand maximum trois.

Puis, il faudra également décider de la façon dont nous allons procéder pour choisir nos témoins parmi ceux qui auront demandé à comparaître devant le comité. C'est une question que nous pourrions peut-être discuter maintenant et certains auront peut-être des commentaires à nous faire. Je ne m'attends pas à ce que quelqu'un présente une motion en bonne et due forme, mais je demande simplement si certains parmi vous qui ont siégé à d'autres comités ont peut-être des suggestions à faire.

Mme Langan: Je n'ai jamais siégé à un comité, mais je connais bien, pour y avoir travaillé, le domaine de la politique sociale, qui constituera une grande partie du

[Text]

will be, I think it is important that we remember that a number of the groups that may indeed be coming wanting to present information to this committee are low-income groups who indeed may need assistance in advance of arriving here to be able to make a presentation. Otherwise, we limit ourselves to people who generally are from Ontario and Quebec, and those we may want to call from other provinces who could not possibly bear the cost would be excluded. So I hope that we will give some consideration to that, at least have flexibility in that regard.

The Chairman: Yes. I do not think I was trying to preclude—

Ms Langan: No, I am sure you were not.

The Chairman:—that from happening.

Ms Langan: I was just wanting to ensure that we consider that.

The Chairman: I guess there is that fine line that we have to determine. Certainly there will be witnesses that will legitimately require help. The other thing too is that you can appreciate some of the things that can happen and the abuses that can take place. I do not know whether we can make a cut-and-dried decision on this, or whether we can deal with these as the need arises. There is a proposed motion here: that, as established by the Board of Internal Economy, and if requested reasonable travelling, accommodation and living expenses be reimbursed to witnesses who will have appeared before the committee. That leaves it fairly open.

Mr. White: I move the printed motion with the added words “up to a maximum of three representatives for any one organization”.

Mr. Wilbee: Just being new around this place, I would assume from the way this is worded that there is a set fee for witnesses appearing before committees. Is there a per diem rate plus air fare or something?

The Chairman: I do not know whether it is a set fee. There are the commercial travelling rates to get here. There is hotel accommodation, which in the past in Ottawa was in the \$100 to \$110 range. But I do not know whether there is a set fee. It depends on where they are coming from and the way they have to get here.

• 1615

Mr. Halliday: I would tend to agree with the proposal from my colleague, Mr. White. I would prefer to see the latter part of the resolution read “and living expenses be reimbursed to witnesses who have been invited to appear before the committee”. You might invite two witnesses to come and suddenly you find five show up. I do not think we should be required to pay for the five. We should be required to pay for the two or three we invited. Maybe it is wise to have a maximum; and in the past it has usually been a maximum of three, I think. I think we need that

[Translation]

travail du comité, et je crois qu'il est important de se rappeler que, parmi les groupes qui voudront venir témoigner devant le comité, un certain nombre seront des groupes à faible revenu, qui auront peut-être besoin d'une aide financière préalable pour venir rencontrer les membres du comité. Sinon, la plupart des groupes que nous entendrons seront de l'Ontario ou du Québec, et ceux des autres provinces seront exclus du fait qu'ils n'auront pas les moyens de se rendre ici. J'espère donc que nous pourrons en tenir compte et que nous ferons preuve à tout le moins de souplesse à cet égard.

Le président: Oui. Je ne crois pas que j'essayais d'empêcher. . .

Mme Langan: Non, bien sûr que non.

Le président: . . . ces groupes de se présenter.

Mme Langan: Je voulais simplement m'assurer que nous tenions compte de ces besoins particuliers.

Le président: C'est bien sûr une question qu'il nous faudra régler. Certains témoins auront manifestement besoin d'aide. Cependant, il ne faut pas oublier non plus les abus qui peuvent se produire. Je ne sais pas si nous pouvons décider cette question de façon générale ou s'il ne vaudrait pas mieux d'y aller au cas par cas. Une motion a été proposée: que, conformément à la politique du Bureau de régie interne, les témoins qui auront comparu devant le comité soient remboursés de leurs frais de déplacement, d'hébergement et de repas jugés raisonnables. Voilà qui nous laisse une bonne marge de manoeuvre.

M. White: Je propose qu'on ajoute à cette motion telle qu'elle a été imprimée les mots suivants: «à raison d'au plus trois représentants par organisme».

M. Wilbee: Comme je suis nouveau ici, je suppose, à en juger par la façon dont la motion est formulée, qu'il existe un montant fixe pour les témoins qui comparaissent devant un comité. Le montant comprend-il une indemnité journalière plus le billet d'avion ou quelque chose de ce genre?

Le président: Je ne sais pas s'il existe un montant fixe. Les tarifs commerciaux s'appliquent pour les frais de transport. Puis, il y a les frais d'hébergement, qui à Ottawa varient entre 100\$ et 110\$ généralement. Je ne sais pas s'il existe un montant fixe. Tout dépend d'où on vient et du mode de transport qu'on utilise.

M. Halliday: Je suis d'accord avec la proposition de mon collègue, M. White. Je préférerais cependant que la résolution soit formulée en ces termes: «Que, conformément à la politique du Bureau de régie interne, les témoins qui auront été invités à comparaître devant le comité. . . ». Il se pourrait bien que deux témoins aient été invités à comparaître mais qu'il y en ait cinq qui se présentent. Je ne pense pas que nous devrions être obligés de rembourser les dépenses des cinq. Nous devrions être tenu de rembourser uniquement les dépenses des deux ou

[Texte]

maximum of either two or three in there; but only those we invite, not the ones who decide they want to come.

In answer to Ms Langan's concern about the people who are not so affluent, we have always had people who have come here from, say, NAPO, and who are obviously being sponsored by their organization. They do have funding to take care of that. I do not think it is going to be possible to pay people in advance. I doubt if it would be within the terms of the House of Commons Act, or whatever the appropriate act is, to pay people in advance of coming. But they can certainly be paid after they are here.

The Chairman: It would appear too that it is established by the Board of Internal Economy, and I guess there are rules on what expenditures can be made. But are you comfortable with the maximum of three?

Ms Mary Clancy (Halifax): I wanted to make an intervention. I would really like to support Ms Langan on the question of reimbursement. I understand Dr. Halliday's concern, and I stand to be corrected, but unless we know there is an absolute prohibition, perhaps it could be investigated, because although NAPO may indeed have the funding, I can think of other groups, particularly from Atlantic Canada, who might indeed be vital witnesses on some matter before this committee and who just would be precluded from coming because of the cost. I am wondering if we could not at least investigate the possibility, in certain circumstances, of groups being funded beforehand. Again, I realize that given the limits on funding, etc., there would have to be some sort of limit. But rather than cut it off before we even know whether it is a possibility, I wonder if we might refer that and find out?

Ms Langan: Further to that, it is not unusual for advisory councils, etc., to be provided airline tickets in advance. Although the House of Commons does have a policy that the House pays after the fact for everything we do, it is possible to provide air tickets in advance, I am sure. And I think that is the biggest problem. Those groups can generally get assistance with other things, but airline tickets in today's world are prohibitive for any but the most affluent when it comes to this kind of trip.

[Traduction]

des trois personnes que nous aurions invitées. Il serait peut-être prudent de prévoir un nombre maximum; par le passé, il me semble que ce nombre était généralement fixé à trois. À mon avis, il faudrait préciser qu'il s'agit d'un maximum de deux ou trois représentants; seuls ceux que nous aurions invités à comparaître seraient défrayés de leurs dépenses.

Pour ce qui est de la préoccupation exprimée par M^{me} Langan au sujet des moins fortunés, nous avons toujours pu entendre les représentants de groupes comme l'ONAP, dont les dépenses étaient de toute évidence payées par l'organisme qu'ils représentaient. Les groupes en question ont des fonds pour ce genre de chose. Je ne crois pas qu'il sera possible de donner des avances à nos témoins. Je doute que cela soit conforme à la Loi sur la Chambre des communes, ou à la loi pertinente quelle qu'elle soit, de payer les dépenses des gens avant qu'ils ne se présentent. Bien sûr, ils peuvent obtenir le remboursement de leurs dépenses une fois qu'ils ont comparu.

Le président: Il semble que les conditions soient fixées par le Bureau de régie interne, et j'imagine qu'il existe des règles pour déterminer si les dépenses sont autorisées ou non. Quoi qu'il en soit, êtes-vous d'accord pour que nous fixions un maximum de trois représentant?

Mme Mary Clancy (députée de Halifax): J'ai quelques observations à faire. J'abonde dans le même sens que M^{me} Langan au sujet du remboursement des dépenses. Je comprends la réserve exprimée par M. Halliday, et je suis prête à reconnaître mon erreur si erreur il y a, mais à moins que cela soit absolument interdit, la possibilité de verser des avances pourrait être examinée, car même si l'ONAP a les fonds nécessaires, je connais d'autres groupes, notamment de la région atlantique, qui pourraient peut-être nous fournir des renseignements d'une importance vitale sur une question dont nous serions saisis et qui ne pourraient tout simplement pas se rendre ici faute d'argent. Je me demande si nous ne pourrions pas à tout le moins examiner la possibilité que, dans certaines circonstances, des groupes puissent recevoir des avances. Bien sûr, étant donné les restrictions imposées en ce qui concerne notamment le montant de l'aide financière, il faudrait établir une certaine limite. Cependant, avant que nous renoncions à cette formule d'aide sans même savoir si elle pourrait être acceptable, je me demande si nous ne pourrions pas reporter l'étude de cette question et nous renseigner à ce sujet?

Mme Langan: J'ajouterais à cela qu'il est tout à fait normal que les représentants de groupes comme les conseils consultatifs reçoivent leur billet d'avion à l'avance. Même si la Chambre des communes a pour politique de ne rembourser que les dépenses effectivement engagées, je suis sûre qu'il est possible de fournir des billets d'avion à l'avance. C'est surtout le coût du transport aérien qui fait problème. Les groupes en question peuvent généralement obtenir une aide financière pour leurs autres dépenses, mais de nos jours seuls les plus fortunés peuvent se permettre des billets d'avion pour venir ici.

[Text]

The Chairman: The clerk has informed me it is possible to get an advance, but it is extremely rare that this has been used in the past. It may be something that will change somewhat.

Ms Langan: Mr. Chairman, could we have an amendment to say we review in the cases where a request is made and we would consider applying for funding in advance for those groups that are in need? That is not saying they will get it, it is saying we would look at it.

I move to amend the motion to the effect that the committee would consider travel advances for those groups that require them on a group-by-group, individual basis.

Mr. Ricard (Laval): Do we have a second amendment to the amendment by Dr. Halliday? I think we moved something on witnesses we invited; which is not exactly the main motion that has been tabled.

• 1620

Mr. White: Mr. Chairman, a point of order. If the committee would agree, I do not mind wording the original motion to incorporate what Dr. Halliday and Ms Langan have said. If you want to make that the main motion, I have no objection.

Mr. Halliday: With a limit of three? Is that it?

Mr. White: Yes, with a limit of three. So the changes would be "witnesses who have been invited to appear before the committee", and also the proviso that, where necessary, advance payments be considered.

Mr. Fontana: Just so I have an understanding here, who is going to make the decision whether or not advance payments are going to be made? Because then all of a sudden you are setting up a system. . . One group finds out that another group gets paid in advance and before you know it the whole system is going to come crashing down. I thought we were going to review what the Board of Internal Economy says: that in rarest of circumstances that will be considered.

I imagine this has been thought of before—how to make sure those checks and balances are in place to ensure we do not start setting up one set of rules for certain kinds of people and another set of rules for others. Before you know it we can be accused of saying that this group, because they lobbied for funds in advance, gets shot down by another group who said that they could not get it. Let me understand who is going to decide who gets the money in advance, because if this body is going to be the one, then we have a problem right off the bat, I think.

[Translation]

Le président: La greffière me dit qu'il est possible d'obtenir une avance, mais qu'on a eu très peu recours à cette forme d'aide par le passé. Cela changera peut-être.

Mme Langan: Monsieur le président, pourrions-nous proposer un amendement pour dire que, lorsqu'une demande d'aide financière nous est faite, nous examinerions la possibilité de demander une avance de fonds pour les groupes qui en auraient besoin? Cela ne veut pas dire que les groupes recevraient l'aide financière demandée, mais que nous examinerions leur requête.

Je propose que la motion soit modifiée de façon que le comité examine la possibilité de verser des avances de fonds pour les frais de déplacement des groupes qui en ont besoin, les demandes devant être étudiées au cas par cas.

M. Ricard (député de Laval): Y a-t-il donc un deuxième amendement qui vient s'ajouter à celui de M. Halliday? Je crois qu'on a proposé quelque chose au sujet des témoins que nous invitons à comparaître, de sorte que la motion à l'étude n'est pas la même que la motion principale qui nous a été présentée.

M. White: Monsieur le président, j'aimerais invoquer le Règlement. Si le comité n'y voit pas d'objection, je ne m'oppose pas à ce qu'on insère dans le libellé de la motion les propos de M. Halliday et de M^{me} Langan. Tout cela, peut constituer la motion principale, je ne vois pas d'objections.

M. Halliday: Il faut fixer donc une limite de trois? C'est bien cela?

M. White: Oui, une limite de trois. On modifiera donc le texte pour y insérer «témoins qui ont été invités par le comité», ainsi que la mention qu'on envisagera de faire le cas échéant, des avances de fonds.

M. Fontana: A titre d'éclaircissement, qui établira que ces paiements anticipés seront consentis ou non? Car si tout d'un coup, vous créez ce genre de système. . . vous savez, qu'un groupe découvrira qu'un autre groupe s'est fait payer d'avance ses frais de déplacement, et en un rien de temps, tout le système s'effondrera. Pour, ma part, je croyais que nous allions réexaminer le principe du Bureau de régie interne selon lequel on envisagera ce genre d'indemnisation seulement dans de très rares circonstances.

Je suppose qu'on a longuement réfléchi sur les mesures à prendre pour ne pas créer deux séries de règlements différents, c'est-à-dire deux poids, deux mesures. Il ne faudra pas attendre longtemps pour qu'un groupe qui s'est vu refuser une indemnisation anticipée nous accuse de l'avoir accordée à un autre groupe, qui avait exercé des pressions en ce sens. Qu'on me dise qui sera chargé d'accorder des indemnisations anticipées, car si c'est notre groupe, alors cela crée d'emblée un problème.

[Texte]

The Chairman: It would appear that a decision could be made here, but it would have to be approved by the comptroller's office.

Ms Clancy: We can only recommend, is that not true?

Mr. Fontana: As long as the understanding is that this committee, upon a request for advance funding by a particular group, could only recommend to the comptroller under the provisions of the Board of Internal Economy, whatever those rules are. I think we had better be sure.

Ms Langan: Could we ask, however, that we do pursue it with the comptroller in advance of having the first request, so the comptroller is aware of the view of this committee and is not caught off guard.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, this is an issue you might like to take to the liaison committee meeting. There is a committee, as you know, that involves all the chairmen and meets on a regular basis. It is this sort of issue they might have to bring before the Board of Internal Economy to get a ruling.

The Chairman: It may be that we can bring it up. Do you think it would facilitate what we are doing here if we broke that up into two motions, the original one the appearance up to the maximum of three, and then a separate motion that we can deal with? It kind of muddies up the first one, I think.

Mr. White: Agreed.

Motion agreed to

The Chairman: Would you entertain the thought of my raising this at the meeting of committee chairmen before we get back into this motion? Dr. Halliday, you are the chairman of another committee. You would be there, and so would I. Perhaps we might have a bit more information before we try to bring this forward as a motion. It is up to you, if you wish to bring it in as it is.

• 1625

Ms Langan: Mr. Chairman, I would like to see it go ahead as it is, and certainly that would give you the motion to take forward to the committee. I think this committee is possibly rather unique compared to other committees in terms of the kinds of people who may be coming before it and the kinds of groups who may be asked to appear. So I would like to proceed now, and if the comptroller puts the hammer out or something, then we can always reconsider our process.

The Chairman: Could you give us your motion so we can get it down?

[Traduction]

Le président: Il semble que nous puissions prendre une décision là-dessus ici, mais il faudra qu'elle soit approuvée par le bureau du contrôleur.

Mme Clancy: En ce cas, nous ne pouvons que faire une recommandation, n'est-ce pas?

M. Fontana: Pourvu qu'il soit entendu, que, dans le cas où un groupe donné demande une indemnisation anticipée à notre comité, nous ne pourrions que faire une recommandation au contrôleur, et ce, conformément au règlement du Bureau de régie interne, quel qu'il soit. Je crois qu'il est préférable de nous en assurer.

Mme Langan: Bien, mais pouvons-nous demander que l'on vérifie cela auprès du contrôleur avant que l'on nous adresse une première demande, afin qu'il soit d'avance au courant de notre avis sur la question et qu'il ait le temps de se préparer.

M. Halliday: Monsieur le président, vous voudrez peut-être soumettre une telle question à la réunion du comité de liaison. Vous n'ignorez pas que ce comité est constitué de tous les présidents de comité, et qu'il se réunit à intervalles réguliers. Or le comité de liaison voudra peut-être justement soumettre ce genre de question au Bureau de régie interne afin qu'on adopte un règlement à son sujet.

Le président: Il se peut que nous puissions soulever cette question. Est-ce que cela faciliterait les choses de scinder ce dont nous avons discuté en deux motions, la première portant sur le maximum de trois témoins, et la deuxième sur le reste; car ce que nous avons ajouté me semble créer un peu de confusion?

M. White: D'accord.

La motion est adoptée

Le président: Avant de revenir à la motion, êtes-vous d'accord pour que je soulève cette question lors de la réunion des présidents de comité? Monsieur Halliday, vous êtes vous-même président d'un autre comité. Vous assisterez donc à cette réunion ainsi que moi-même. Peut-être devrions-nous disposer de plus de renseignements avant de présenter une motion en bonne et due forme. Quoi qu'il en soit, je m'en remets à votre décision, et j'accepterai de présenter la motion telle quelle si vous le désirez.

Mme Langan: Monsieur le président, j'aimerais que la proposition soit adoptée telle quelle, ce qui vous donnerait une motion à soumettre au comité. Je pense que notre comité est quelque peu différent des autres du point de vue du genre de personnes qui sont susceptibles d'y comparaître et des groupes que nous pouvons être amenés à inviter. Je voudrais donc que cette motion soit adoptée et, si le contrôleur la conteste, nous pourrions toujours revoir notre façon de procéder.

Le président: Voulez-vous répéter votre motion afin que nous puissions la noter?

[Text]

Ms Langan: I move that the committee, where necessary, advance. . . I am not sure how you had worded it before.

Mr. White: That the committee consider, where necessary, travel advances.

Ms Langan: Yes, to people or groups invited to appear before it. Then we can give you instructions to take it to the liaison committee.

The Chairman: The motion is that the committee will consider travel advance expenses for groups, if requested.

Ms Langan: Groups or individuals, where necessary. I think somewhere in there we had "those invited". I think that gets the spirit of the thing.

The Chairman: Okay, travel expenses for groups or individuals, where necessary, if requested.

An hon. member: Travel advances, I believe, Mr. Chairman.

Mr. Soetens (Ontario): Mr. Chairman, I have to tell you that I disagree with the motion as it is worded. I think the appropriate route is for the chairman to take the considerations of the committee to this liaison committee and report back what the rules are.

For example, it says "where necessary". Who is the judge of "where necessary"? This is our resolution, and I do not think we should be the judge as to who is necessary or who needs the funding. I am sure the board has in place somewhere how they go about funding witnesses, and I would sooner hear back what their policies are before we pass resolutions that bind this committee to something we cannot adhere to anyway.

Again, I repeat, the resolution clearly says "where necessary". I am not qualified to decide which person we should fund and which one we should not. Do you discriminate because the person is representing a well-to-do organization versus a person representing a poor organization? I do not think that is our role.

Mr. White: Mr. Chairman, the member makes a valid point, but I think with the word "consider" we are not committing the committee to anything. With that word "consider", we are giving you the authority to go to the meeting to get the information. That is the way I interpret the word "consider" as part of any motion.

Mr. Cole: I assume we are going to have another meeting next week, and maybe I could suggest that we table this motion until next week, at which time you and the clerk could report back to this committee as to whether that motion is within the mandate of this committee and whether there is a mechanism. It might make it a lot easier than putting you under the gun right now, and you could make the decision next week. If they come back and say, yes, there is a mechanism, then we go with it.

[Translation]

Mme Langan: Je propose que le comité, le cas échéant, avance. . . Je ne me souviens plus de la formule que vous aviez employée.

M. White: Que le comité envisage d'accorder, le cas échéant, des avances de voyages.

Mme Langan: Oui, à des personnes ou groupes invités à comparaître. Et nous pouvons ensuite vous donner instructions de soumettre cela au comité de liaison.

Le président: La motion est que le comité envisage d'accorder des avances de frais de voyages à des groupes, sur demande.

Mme Langan: A des groupes ou des personnes, le cas échéant. Je pense que dans le texte original figurait la mention «invités à comparaître». Je pense que cela exprime bien l'esprit de ce que nous souhaitons.

Le président: D'accord, des frais de voyages à des groupes ou des particuliers, si nécessaire, sur demande.

Une voix: Je crois qu'il s'agit d'avance de frais de voyages, monsieur le président.

M. Soetens (Ontario): Monsieur le président, je dois dire que je désapprouve cette motion telle que rédigée. Je pense que la procédure appropriée serait que le président soumette cette idée au comité de liaison et revienne nous faire part des règles en vigueur.

Par exemple, le texte de la motion dit: «si nécessaire». Qui sera juge de la nécessité? Ceci est notre résolution et je ne pense pas qu'il nous appartienne de juger qui éprouve la nécessité, qui a besoin de ces fonds. Je suis sûr que le conseil possède des règles qu'il applique aux cas de ce genre et j'aimerais mieux les connaître avant d'adopter des résolutions qui engageraient notre comité à faire quelque chose que nous ne pourrions pas faire de toute façon.

Encore une fois, je répète, la résolution dit clairement: «si nécessaire». Je ne suis pas qualifié pour décider qui éprouve la nécessité et qui ne l'éprouve pas. Faut-il exercer la discrimination parce que telle personne représente une organisation aisée, par opposition à une organisation pauvre? Je ne pense pas que ce soit notre rôle.

M. White: Monsieur le président, l'argument du député est valide mais je pense qu'en utilisant le terme «envisager» nous n'engageons pas le comité à faire quoi que ce soit. Nous donnons simplement pouvoir au président d'aller s'informer. C'est ainsi que j'interprète le terme «envisager» dans une motion.

M. Cole: Je suppose que nous aurons une autre séance la semaine prochaine et peut-être pourrions réserver la motion jusque là, auquel moment vous-même ou le greffier pourriez nous dire si elle est recevable et s'il existe un mécanisme. Cela nous faciliterait beaucoup les choses, vous ne seriez pas placé sur la sellette et vous pourriez prendre la décision la semaine prochaine. Si on nous dit: oui, il existe un mécanisme, alors nous pourrions prendre la décision.

[Texte]

An hon. member: If there is not a mechanism, then we make a suggestion that there should be.

Mr. Cole: I move that we table it until next week after a report back from you.

• 1630

The Chairman: The next item on the agenda is a motion that the transcript of all in camera meetings be produced to be kept in the clerk's office for consultation and that those transcripts be destroyed at the end of the session.

Mr. Soetens: Mr. Chairman, did we vote on the previous motion?

The Chairman: It was tabled.

Mr. Soetens: Was there a vote on that?

The Chairman: Not on a tabling motion.

Mr. Fontana: My understanding is that you never need a seconder for any motions. That essentially could mean, without taking a vote on a tabling motion, that anybody at any time could just say, I move it be tabled. Before you know it, it is tabled without any vote being called on a tabling motion.

Do I understand that you never need a seconder, that all motions are in fact on the floor if proposed without a seconder? Secondly, I would like a ruling on the tabling motion, just so I have a clear understanding of the procedure.

The Chairman: We do not need a seconder. Maybe I was in error. We do need a vote on a tabling motion.

Mr. Fontana: I think you do.

The Chairman: No discussion and no seconder. I am correct there, I believe. I am sorry, that was my fault.

An hon. member: No seconder is required on a motion to table.

Motion tabled

The Chairman: It has been suggested by the clerk that we perhaps should leave the following one for the subcommittee to deal with and bring forward. Do we have any views on that? This is the one dealing with the transcripts.

Mr. Halliday: I presume this motion was drafted by people who know more about this than I do. But it seems to me it is not uncommon for committees to be involved in a lengthy investigation of some subject area, then in the middle of that study a session ends. I think it would be too bad to see these minutes destroyed just because the session ended. I can see this happening at the end of a Parliament, when there is a dissolution of Parliament. At that time I think they should be destroyed.

I would prefer to see this worded "at the end of a Parliament" rather than at the end of a session. In the

[Traduction]

Une voix: Mais s'il n'y a pas de mécanisme, nous pourrions toujours proposer d'en établir un.

M. Cole: Je propose que nous réservions la motion jusqu'à la semaine prochaine, jusqu'au moment où vous nous ferez votre rapport.

Le président: Le point suivant à l'ordre du jour est la motion qu'une transcription soit faite de toutes les réunions à huis clos, laquelle sera conservée dans le bureau du greffier aux fins de consultation et détruite à la fin de la session.

M. Soetens: Monsieur le président, avez-vous mis aux voix la motion précédente?

Le président: Elle a été déposée.

M. Soetens: A-t-elle fait l'objet d'un vote?

Le président: On ne met pas au vote une motion réservée.

M. Fontana: Je crois savoir qu'il n'est pas nécessaire qu'une motion soit appuyée. Cela signifie, si une motion est déposée sans un vote, que n'importe qui peut déposer à n'importe quel moment une motion. Avant même que l'on sache ce qui arrive, la motion se trouve déposée sans un vote.

Est-il exact qu'il ne soit jamais nécessaire qu'une motion soit appuyée, que toutes les motions sont reçues sans personne pour les appuyer? En second lieu, j'aimerais savoir si une motion déposée doit faire l'objet d'un vote, afin que nous connaissions bien la procédure.

Le président: Il n'est pas nécessaire que la motion soit appuyée. Peut-être ai-je fait erreur. La motion de dépôt doit effectivement faire l'objet d'un vote.

M. Fontana: Je pense que oui.

Le président: Pas de débat et nul besoin d'appui. Je crois que c'est juste. Je suis désolé, c'est de ma faute.

Une voix: Il n'est pas nécessaire qu'une motion de dépôt soit appuyée.

La motion est déposée

Le président: Le greffier suggère que nous soumettions la motion suivante au sous-comité qui en décidera. Avez-vous des idées à ce sujet? Il s'agit de la motion intéressant la transcription.

M. Halliday: Je suppose qu'elle a été rédigée par des gens qui en savent davantage que nous à ce sujet. Mais il me semble qu'il arrive assez fréquemment que des comités entreprennent une longue étude sur un sujet quelconque et que la session prenne fin avant qu'elle ne soit achevée. Je pense qu'il serait regrettable que ces procès-verbaux soient détruits pour la seule raison que la session prend fin. Par contre, cela me paraît normal à la fin de la législature, lorsque la Chambre est dissoute.

Je préférerais que cette motion dise «à la fin de la législature» plutôt qu'à la fin de la session. Ainsi, si nous

[Text]

event that we were in the midst of a discussion of some issue or a study of some issue, those records would not be destroyed.

Ms Clancy: Are we discussing this or not?

The Chairman: This is up to you.

Mr. Halliday: You invited discussion, Mr. Chairman.

The Chairman: I invited discussion there. If you wish to discuss it, certainly that was the suggestion from the clerk's table.

Ms Clancy: If you are going to table it with the committee, I do not want to discuss it now. I will save my fire for another time.

The Chairman: Do you wish to table that?

Ms Langan: I have no objection to tabling it, but I think in addition to it going to the subcommittee there should be an explanation as to why this motion is before us. I think it would be appropriate to ask for that.

Mr. Wilbee: Is this a customary clause in all these committees? I have never seen that type of thing where any government records are voluntarily destroyed.

The Chairman: It seems to me it came up at one of the other committees. I guess if the material is kept, then it goes to the archives, and they are required to keep it in storage for 30 or 50 years, I believe.

Ms Clancy: It depends on the material. Sometimes it is 30; sometimes it is 50.

The Chairman: I guess that may be their reasoning, but I think there is a feeling around the table that we perhaps need a better explanation than given here. Is that the impression I am getting? Are we in favour of tabling that?

Motion tabled

The Chairman: Committees and governments and everybody else procrastinates. I guess we are no different, are we?

• 1635

The last one is on the motion for Order in Council appointments. It is a suggested motion again, if you wish to deal with that.

Ms Langan: Could I ask for a clarification? Have there been Order in Council appointments between the dissolution of the last Parliament and now; and, if so, could we have a review of those as well?

The Chairman: Since the beginning of this session I gather some have been referred to this committee, yes.

Mr. Fontana: Was the suggestion that we be told about those Orders in Council? I am not sure that reviewing those appointments is going to do us any good. They are

[Translation]

nous trouvons en plein milieu d'une étude, ces archives ne seraient pas détruites.

Mme Clancy: Est-ce que nous allons avoir un débat là-dessus ou non?

Le président: Je m'en remets à vous.

M. Halliday: Vous avez ouvert la discussion, monsieur le président.

Le président: Effectivement. Si vous voulez en discuter, vous avez entendu la suggestion du greffier.

Mme Clancy: Si vous allez soumettre la motion au sous-comité, je ne veux en parler maintenant. J'attendrai le moment venu.

Le président: Souhaitez-vous déposer la motion?

Mme Langan: Je n'ai pas d'objection mais je pense que, avant de la soumettre au sous-comité, on devrait nous en indiquer la raison d'être. Cela me paraît utile.

M. Wilbee: Est-il coutumier de procéder ainsi dans tous les comités? Je n'ai jamais vu qu'un gouvernement détruise volontairement des archives.

Le président: Je pense que la question s'est posée à l'un des autres comités. Si l'on conserve le document, il est versé aux archives où il doit être conservé pendant 30 ou 50 ans, je crois.

Mme Clancy: Tout dépend du document. Parfois c'est 30, parfois c'est 50.

Le président: C'est peut-être cela l'explication mais j'ai l'impression que les membres du comité souhaiteraient une meilleure explication que celle là. En est-il ainsi? Souhaitez-vous réserver la motion?

La motion est déposée

Le président: Les comités et les pouvoirs publics et tout le monde remet les choses au lendemain. Nous ne sommes pas différents non plus, n'est-ce pas?

Enfin, il y a la motion concernant les nominations par décret. Encore une fois, il s'agit d'une motion qui a été proposée, si vous voulez en discutez.

Mme Langan: Puis-je demander un éclaircissement? Y a-t-il eu des nominations par décret entre la dissolution du dernier Parlement et aujourd'hui; et, dans l'affirmative, pourrions-nous faire l'examen de ces nominations également?

Le président: Depuis le début de la présente session, je crois que certaines nominations ont effectivement été renvoyées à notre comité.

M. Fontana: Est-il proposé que l'on nous mette au courant de ces nominations par décret? Je ne suis pas certain que l'examen de ces nominations nous sera utile.

[Texte]

there; they are in place. Have there been—I guess that is what you are saying—and who are they, right?

Ms Langan: Have there been appointments and who are they?

Mr. Fontana: We cannot review them.

The Chairman: They have been referred to this committee and you would like to see a list.

Mr. Halliday: It has to come within about 30 days of the announcement.

Ms Langan: Then I would suggest that we probably need to see them fairly soon.

Mr. Halliday: It has been my experience on committees that as a rule we do not bother. We have too many other things that are more important to do than that. But we have that privilege of reviewing them for, I believe, 30 days.

Ms Langan: I move a separate motion following this amendment that we see appointments that have taken place prior to today.

Mr. Halliday: Anything that is referred to our committee from the House should automatically come to this committee; there is no question about it. The clerk should automatically send that out. What this motion is asking for is that, in addition to that notification going to each member, she or he will provide us with a résumé or CV on those people. That is what the motion is really asking for, and I think that is a good idea.

Motion agreed to

Ms Langan: The additional motion is that any Order in Council appointments for nominees since the Thirty-Fourth Parliament began be provided to the committee, that any of the references to this committee be provided.

Mr. Cole: Appointments regardless of whether they are related to our committee?

Ms Langan: No, ones that relate to this committee.

Mr. Halliday: There have already been some referred—the Council on Aging, I believe.

The Chairman: The clerk has informed me that we would not require a motion, that she will be able to provide us with that automatically.

The Clerk: That is my job.

Mr. White: If it is in order, at this point I move the motion that was brought forward during the last Parliament in the health and welfare committee, that no smoking be allowed at the meetings of the health and welfare committee.

Ms Clancy: I second that, as a smoker as well.

An hon. member: As a smoker I will third it.

[Traduction]

Ces nominations sont choses faites. Je suppose que vous voulez savoir s'il y eu des nominations et quelles personnes ont été nommées, exact?

Mme Langan: Y a-t-il eu des nominations, et qui sont ces personnes.

M. Fontana: Nous ne pouvons les examiner.

Le président: Elles ont été renvoyées à notre comité et vous aimeriez voir une liste.

M. Halliday: La liste doit être envoyée au plus tard environ trente jours après l'annonce.

Mme Langan: Alors je pense que nous devrions sans doute les voir bientôt.

M. Halliday: D'après mon expérience, comme membre de divers comités, nous ne nous donnons pas habituellement la peine de le faire. Nous avons beaucoup d'autres choses importantes à faire. Mais nous avons le privilège de les revoir pendant trente jours, je crois.

Mme Langan: Je propose une motion distincte découlant du présent amendement afin que nous puissions revoir les nominations qui ont été faites jusqu'à aujourd'hui.

M. Halliday: Notre comité devrait recevoir automatiquement tout ce que la Chambre lui renvoie, ça na fait aucun doute. Le greffier devrait envoyer tout cela automatiquement. Le but de la présente motion est dont qu'en plus de l'avis qui sera envoyé à chaque membre du comité, ce dernier reçoive également le C.V. de ces personnes. Voilà donc ce que propose cette motion, et je pense que c'est une bonne idée.

La motion est adoptée

Mme Langan: La motion supplémentaire est que toute nomination par décret depuis le début du 34^e Parlement soit fournie au comité, ainsi que tout renvoi à notre comité.

M. Cole: Les nominations, peu importe qu'elles aient un rapport ou non avec notre comité?

Mme Langan: Non, celles qui ont un rapport avec notre comité.

M. Halliday: Il y en a déjà qui ont été renvoyées au comité—le Conseil sur le vieillissement, je crois.

Le président: Le greffier m'informe qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une motion, qu'elle pourra nous fournir ces documents automatiquement.

Le greffier: C'est mon travail.

M. White: Si personne n'y voit d'objection, j'aimerais maintenant proposer la motion qui a été présentée au comité de la Santé et du Bien-être lors de la dernière législature, c'est-à-dire qu'il soit interdit de fumer aux réunions de notre comité.

Mme Clancy: J'appuie cette motion en tant que fumeuse, je vous ferai remarquer.

Une voix: À titre de fumeur, je l'appuie moi aussi.

[Text]

Some hon. members: Agreed.

Ms Langan: Does the committee meet weekly, or what is the schedule of the committee?

The Chairman: You will be advised. We will be working through a block system with all committees and I have not seen the new blocks we will be working with. It would appear that this time—and perhaps we should discuss it a bit—the work of the House has shifted somewhat from Tuesday, Wednesday, and Thursday perhaps to Monday, Tuesday, and Wednesday.

• 1640

Some of you, I think, and perhaps I, have indicated a concern for the time slot of Thursday afternoon meetings. I know this may cause difficulties for some of you trying to get home. I do not know what Monday does. I used to prefer not to have a Monday meeting. But it looks now as if a lot of us are having to get back on a Monday. But I think once all the committees have completed this process we have gone through, those time slots will be allocated. We may not have to use all the times we have.

Is there a consensus here? We may have to meet in the evening the odd time. Does that create a problem? I hope we do not have to, but there may be the odd time.

Mr. Wilbee: Thursday evening would be bad.

The Chairman: Yes. And I am getting the impression from quite a few that even Thursday afternoon creates a few problems.

Mr. Fontana: Why not wait to see what comes down the pipe? Can we not table that until such time as we see exactly—

The Chairman: I think it is under discussion by the Whips now, and we will be informed.

Ms Langan: But the committee meets weekly. Is that normally what happens?

The Chairman: It is at the call of the Chair. Sometimes in a two-week period about five blocks have been set aside. Some committees will meet once a week; others will meet—it depends. The odd time we could have three meetings: if we were bringing witnesses in on a given subject and we wanted to hear them all, or something. I think we will have to wait on that until the Whips decide.

Those of you who are regulars, would you provide the clerk with a list of the alternates. We require that.

Thank you very much all of you for coming.

The meeting is adjourned.

[Translation]

Des voix: La motion est adoptée.

Mme Langan: Est-ce que le comité se réunit toutes les semaines, quel est le calendrier du comité?

Le président: Vous serez avisés. Nous allons travailler sur un regroupement des séances des comités, et je n'ai pas encore eu l'occasion d'en prendre connaissance. Il semble que cette fois—et nous devrions peut-être en discuter un peu—la Chambre travaillera surtout les lundi, mardi et mercredi plutôt que les mardi, mercredi et jeudi.

Certains d'entre vous ont, comme moi, laissé entendre que les réunions du jeudi après-midi ne leur conviendrait peut-être pas très bien. Je sais que cela pourrait causer des problèmes à ceux qui aimeraient rentrer chez eux. Je sais ce qui arrive le lundi. Auparavant, je préférais ne pas tenir de réunions les lundi. Mais il semble maintenant que beaucoup d'entre nous devront revenir le lundi. Je pense que lorsque tous les comités auront suivi le même processus que nous, ces périodes seront allouées. Il ne nous sera peut-être pas nécessaire d'utiliser toutes les périodes qui nous ont été allouées.

Avons-nous un consensus? Il nous faudra peut-être nous réunir le soir à l'occasion. Est-ce que cela pose un problème? J'espère que cela ne sera pas nécessaire, mais nous devons peut-être le faire à l'occasion.

M. Wilbee: Le jeudi soir ne me conviendrait pas très bien.

Le président: Oui. J'ai l'impression que même le jeudi après-midi pose un problème pour plusieurs personnes.

M. Fontana: Pourquoi ne pas attendre et voir ce qui va se passer? Nous ne pouvons prendre des décisions avant de voir exactement. . .

Le président: Je pense que les Whips sont en train d'en discuter, et il nous tiendrons au courant.

Mme Langan: Mais le comité se réunit habituellement toutes les semaines, n'est-ce pas?

Le président: C'est le président qui convoque les réunions. Il arrive parfois que sur une période de deux semaines cinq blocs soient réservés. Certains comités ne se rencontreront qu'une fois par semaine; d'autres. . . cela dépend. A l'occasion nous pourrions nous rencontrer trois fois; par exemple si nous voulions entendre tous les témoins sur un sujet donné. Je crois qu'il nous faudra attendre de connaître la décision des Whips.

Je demanderais aux membres réguliers de fournir au greffier une liste des substituts. Nous en avons besoin.

Merci à tous d'être venus aujourd'hui.

La séance est levée.

[Texte]

[Traduction]

Wednesday, May 24, 1989

Le mercredi 24 mai 1989

• 1539

The Chairman: Order, please! I see a quorum. We are dealing with an order of business under the Main Estimates for 1989-90 for the Department of National Health and Welfare, Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 and 70. I will now call Vote 1.

At this time it is a pleasure, on behalf of the committee, to welcome the Hon. Perrin Beatty, Minister of National Health and Welfare. Sir, we are pleased to have you before the committee. You may be aware that the committee has held a series of briefing sessions with officials from various departments. We have tried to use our time for the benefit of members, and for the long-term benefit of the public we serve as representatives on this committee. You are no doubt aware of the wide-ranging mandate under which this committee's structure now falls. Many of us, I am sure, have a great degree of interest in the many subjects that will come up as a result of the mandate that has been given us. Without further ado, sir, I would ask that you give us some opening remarks, which will be followed by questions from the members of the committee. Once again, I thank you for appearing and look forward to your comments.

• 1540

Hon. Henry Perrin Beatty (Minister of National Health and Welfare): Thank you very much, Mr. Chairman, and members of the committee. Let me, first of all, express my appreciation for your hospitality today and also my appreciation of your diligence to be inside on a day like today, instead of outside in this weather that finally gives some sort of a harbinger of summer.

It is the first opportunity I have, Mr. Chairman, to speak to the Standing Committee on National Health and Welfare about the department's 1989-90 estimates and to discuss the government's and my personal priorities in the fields of health and social policy.

The expenditure plan this year is set in the context of the recent budget, the main thrust of which was the obvious need to reduce our approximately \$30 billion annual deficit and to manage our debt crisis. Today a full 35¢ of each and every dollar of revenue is going to pay the interest on our national debt. This is 35¢ that does not improve the quality of our life in Canada, for every cent we spend on deficit financing is one we cannot spend on the programs and services that benefit Canadians.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît! Je constate que nous avons le quorum. En vertu d'un ordre de renvoi, nous examinons les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 et 70 du Budget des dépenses principal pour l'exercice financier 1989-1990, sous la rubrique Ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social. Je mets en délibération le crédit 1.

Au nom du comité, j'ai le plaisir d'accueillir l'honorable Perrin Beatty, ministre de la Santé nationale et du Bien-Être social. Monsieur, nous sommes ravis que vous soyez des nôtres. Comme vous le savez sans doute, les membres du comité ont déjà tenu des séances d'information avec des hauts fonctionnaires de divers ministères. Nous nous sommes efforcés de tirer le meilleur parti de notre temps dans l'intérêt de nos membres et dans l'intérêt à long terme du public, dont nous sommes les représentants au sein du Comité. Vous êtes certainement au courant du vaste mandat qui est maintenant confié au comité en vertu de la structure actuelle. Je suis sûr que, pour la plupart, nous portons un vif intérêt à la multitude de sujets que nous serons appelés à examiner dans le cadre de la mission qui nous a été confiée. Sans plus attendre, monsieur le ministre, je vous invite à faire une déclaration préliminaire, qui sera suivie par une période des questions. Encore une fois, je vous remercie d'avoir accepté de comparaître devant le comité. Nous sommes impatients de vous entendre.

L'honorable Henry Perrin Beatty (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social): Merci beaucoup, monsieur le président et membres du comité. Tout d'abord, permettez-moi de vous dire combien je suis sensible à votre accueil. Je vous félicite également de votre zèle. Il est remarquable que par une belle journée comme aujourd'hui, vous ayez décidé de rester à l'intérieur au lieu de profiter de ce temps magnifique qui, enfin, nous donne un avant-goût de l'été.

Monsieur le président, c'est la première fois que je prends la parole devant le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social au sujet du budget des dépenses du Ministère pour 1989-1990, afin de discuter de mes propres priorités en matière de politique sanitaire et sociale et de celles du gouvernement.

Le plan de dépenses de cette année a comme toile de fond le dernier budget, qui visait essentiellement à réduire notre déficit annuel de 30 milliards de dollars et à faire face à notre dette critique. Aujourd'hui, sur chaque dollar de recettes perçu, 35c. iront payer les intérêts accumulés sur notre dette nationale. Ce sont autant de cents qui ne contribueront pas à améliorer notre qualité de vie; en effet, chaque cent sacrifié au déficit est un cent de moins à dépenser pour le financement des programmes et des services qui sont utiles aux Canadiens.

[Text]

The cruel truth is that this year we will spend more on the debt interest payments than on old age security, family allowances, AIDS, child care, guaranteed income supplements, health care and all of the other programs and services delivered by my department put together.

La nécessité urgente de contrôler nos finances a amené le gouvernement à dresser un budget réaliste qui, à long terme, assurera l'existence même de nos programmes sociaux. À court terme, cela signifie que certains programmes nouveaux doivent être reportés et d'autres, soigneusement contrôlés.

Il a beaucoup été question des coupures effectuées dans les dépenses de Santé nationale et Bien-être social Canada. Si vous examinez les prévisions, vous verrez que certains programmes ont été effectivement reportés, mais vous constaterez également que bien des programmes ont vu leur budget augmenter.

In fact, the estimates show this department will receive \$1.2 billion more next year than it did last. It is no accident that, even in a time of fiscal restraint, the Department of National Health and Welfare is being given a significant share of the increase in government spending this year. Canadians are proud of their health and welfare systems. Over the past century the people of Canada have established a tradition of accessible health care and equitable social programs, which are among the finest in the world.

As we turn our attention to the new decade, we will be fine-tuning our programs to meet the needs of a people living in a dynamically changing world. I believe the 34th Parliament can make an important contribution to our development as a healthy and civilized society. There is a great deal that needs to be done by all of us, including combating AIDS, reducing family violence, implementing new initiatives in child care, examining reproductive technologies, improving food safety, providing timely assistance to the disabled, improving the quality of life for our seniors, and improving our environment.

The issue of AIDS must be an urgent matter for each of us. An estimated 50,000 Canadians are infected with HIV, the precursor to AIDS, and at the moment we have no cure. While our scientists search for a vaccine and a cure, it will be left to the rest of us to deal with the thousands of Canadians who will need our care, with compassion.

Any human being who is sick deserves to be treated with dignity, with compassion and with respect. And yet we have seen public officials call for the removal of people with AIDS from schools and from the workplace. The rationale for this response to the disease is not medical, but emotional, driven by fear. We must combat

[Translation]

Constatation affligeante, nous dépenserons plus cette année en intérêts sur la dette que pour l'ensemble des programmes offerts par mon ministère, tels que la Sécurité de la vieillesse, les Allocations familiales, le Supplément de revenu garanti, le Programme sur le SIDA, les Services de garde des enfants et les soins de santé.

The critical need to gain control of our finances required the Government to bring in a realistic budget, one that will protect the very existence of our social programs in the long run. In the short run, this means that some new programs must be postponed, and others must be carefully controlled.

There has been a great deal of talk about cuts in Health and Welfare spending. Looking at the estimates, you will see that some programs have been postponed, but you must also note that many more programs have had their funding increased.

En fait, selon ces prévisions, mon ministère recevra 1,2 milliard de dollars de plus l'année prochaine que cette année. Ce n'est pas par hasard, même dans une période de restrictions financières, que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social reçoit une part importante de l'augmentation des dépenses du gouvernement cette année. Les Canadiens sont fiers de leur système de santé et de bien-être. Au cours du dernier siècle, ils ont créé une tradition de soins de santé accessibles et de programmes de bien-être social équitables, qui est l'une des meilleures traditions au monde.

Pour la décennie à venir, nous nous promettons de perfectionner nos programmes de façon à répondre aux besoins d'une population dont l'univers est en pleine évolution. Je crois que la 34^e Législature peut apporter une contribution importante à notre développement en tant que société saine et civilisée. Plusieurs devoirs s'imposent à nous tous, y compris les suivants: lutter contre le SIDA, réduire la violence familiale, mettre en place de nouvelles initiatives de garde des enfants, étudier les technologies de la reproduction, accroître la sécurité des aliments, offrir aux handicapés l'assistance dont ils ont besoin, améliorer la qualité de vie de nos aînés et améliorer la qualité du milieu.

La lutte contre le SIDA doit constituer une importante question, pour chacun d'entre nous. Quelque 50,000 Canadiens sont porteurs du VIH, le précurseur du SIDA, cette maladie pour laquelle nous ne disposons présentement d'aucun traitement. Pendant que nos savants essaient de mettre au point un vaccin et une cure, c'est à nous que revient la tâche de prendre soin, avec compassion, des milliers de Canadiens qui ont besoin de nous.

Tout être humain malade a le droit d'être traité dans la reconnaissance de sa dignité, avec humanité et respect. Et pourtant, nous avons vu certains pouvoirs publics réclamer que les personnes atteintes du SIDA soient retirées des écoles et des lieux de travail. Ils n'ont pas réagi ainsi pour des raisons médicales, mais sous le coup

[Texte]

this prejudice. This morning the President of the Treasury Board and I released the federal government's new policy on AIDS, which will apply to all employees of the Public Service.

The policy states that, under normal working conditions, employees who have AIDS or the HIV infection do not pose a health risk to others in the workplace and that they must not be harassed in any way. Under this policy AIDS testing will not be a condition of employment, although it can be provided for employees who travel abroad on government business.

Employees such as health care and laboratory workers whose work brings them in contact with body fluids will be protected by well-enforced infection control procedures and by protective clothing and equipment.

• 1545

I hope this policy will serve as a model for other levels of government and the private sector. Mr. Chairman, I am personally writing to major business organizations across Canada to encourage employers to develop a policy on AIDS for their workplaces. Each and every one of us has an important role to play in preventing discrimination.

Additionally this year we will work with the provinces and non-governmental organizations to draft a national strategy to combat AIDS. In preparing the strategy, we will consult with those suffering from the disease, those treating them and others affected by the tragedy.

Consistent with this consultative approach, I intend to restructure the National Advisory Council on Aids to include not just those from the medical profession but also other front-line workers and people with AIDS. Mr. Dingwall raised the issue with me in the House of Commons, and I know that broadening the membership of the committee and the perspective of the committee is something that will be welcomed across the floor.

As you can see in the estimates, expenditures to meet our commitments on AIDS are forecast this year at \$37.6 million in 1989-90, more than three times the \$8.6 million forecast for the previous year. Mr. Chairman, this is an issue which is far too important to be dealt with in a partisan manner. I would welcome the formation of an all-party parliamentary association to develop a bi-partisan consensus on new initiatives to address this formidable challenge. By pooling our ideas and resources we can work together to meet this epidemic, which threatens all people regardless of political affiliation.

[Traduction]

de l'émotion et de la crainte. Nous devons nous battre contre de tels préjugés. Ce matin, le président du Conseil du Trésor et moi-même avons dévoilé la nouvelle politique du gouvernement fédéral sur le SIDA, politique qui s'applique à tous les employés de la fonction publique.

Cette politique indique que, dans des conditions normales de travail, les employés qui ont le SIDA ou sont porteurs du VIH ne présentent pas un risque pour la santé des personnes qui partagent avec eux les mêmes lieux de travail et qu'ils ne doivent être harcelés d'aucune manière. En vertu de cette politique, le test du SIDA ne sera pas une condition d'emploi, bien qu'il puisse être prévu pour des employés qui voyagent à l'étranger pour les affaires du gouvernement.

Les employés que leur travail met en contact avec les fluides corporels, par exemple le personnel soignant et ceux qui travaillent dans les laboratoires, seront protégés par des méthodes bien appliquées de contrôle contre la contamination, et par un équipement et des vêtements protecteurs.

J'espère que cette politique servira de modèle à d'autres niveaux de gouvernement et au secteur privé. Monsieur le président, j'écris personnellement à d'importants organismes commerciaux dans tout le Canada pour encourager les employeurs à instituer une politique du SIDA destinée à leurs milieux de travail. Chacun d'entre nous a un rôle important à jouer pour empêcher la discrimination.

En outre, cette année, nous préparerons en collaboration avec les provinces et des organismes non gouvernementaux, une stratégie nationale de lutte contre le SIDA. Pour cette préparation, nous consulterons les personnes atteintes de la maladie, celles qui les soignent et les autres personnes qui sont touchées par cette tragédie.

Je me propose aussi, conformément à cette méthode consultative, de restructurer le Conseil consultatif national sur le SIDA en l'ouvrant non seulement au corps médical mais aussi aux travailleurs de première ligne et aux personnes atteintes du SIDA. M. Dingwall m'a posé la question à la Chambre des communes, et je sais que les députés de l'opposition accueilleront favorablement la plus grande ouverture du comité, tant au niveau de sa composition qu'au niveau de ses orientations.

Comme vous pouvez le constater dans le budget, les dépenses pour remplir nos engagements sur le SIDA s'établissent à 37,6 millions de dollars en 1989-1990, soit plus du triple des 8,6 millions prévus l'année précédente. Monsieur le président, c'est une question beaucoup trop importante pour être abordée de façon partisane; et j'aimerais voir la formation d'une association parlementaire au sein de laquelle tous les partis s'entendent pour élaborer un consensus bipartite de nouvelles initiatives pour relever cet énorme défi. Peut-être qu'en mettant en commun nos idées et nos

[Text]

A second issue of concern is family violence. In the past family violence and child sexual abuse were seen as private matters. We are only now beginning to understand the depths of these problems, and the number of child abuse and wife battering cases being reported to authorities is growing dramatically. A 1987 report by the Canadian Advisory Council on the Status of Women estimated that each year as many as one million women in Canada may be battered. The Badgley report stated that 42% of our population have been victims of unwanted sexual acts at some point in their lives. These are shocking statistics.

Canada can no longer tolerate the exploitation of the vulnerable by the brutal. We must bring all of our resources to bear on the fight against family violence. This year the government will increase funding, so we can build shelters, train professionals and conduct research. My department alone will spend \$1.9 million this year, up by \$636,000 from last year's estimates. Special emphasis will be given to addressing the needs of native Canadians, who because of isolation and poverty are suffering the tragedy of family violence.

The first National Forum on Family Violence will be held next month to identify effective solutions to these very real problems. We will use the findings of this forum as we develop a policy to go to Cabinet next year. This fall my special adviser, Rix Rogers, will be presenting his report on child sexual abuse. His recommendations will give us the information we need to formulate a national strategy to combat this national disgrace.

As the committee knows, the government announced in the budget that we would be deferring our proposed legislation to rapidly increase the number of child care spaces in Canada. This legislation, which was delayed in the Senate, died on the Order Paper at the time the election was called. While the need to control federal spending will delay this next stage, we are determined to act to achieve our objectives during this mandate.

I believe children are our most important resource. That is why we are providing \$2.3 billion over the next seven years in tax assistance, helping nearly 1.5 million families with the cost of caring for their children. We are retaining the \$100 million Child Care Initiatives Fund, and we are continuing to cost share child care programs with the provinces under the Canada Assistance Plan.

[Translation]

ressources nous pourrions enrayer cette épidémie qui nous menace tous, quelles que soient nos affiliations politiques.

Un second sujet de préoccupation est la violence familiale. Dans le passé, la violence familiale et les agressions sexuelles contre les enfants étaient considérées comme des questions privées. Nous commençons seulement à entrevoir l'envergure de ces problèmes, et le nombre des dénonciations des cas de violence faite aux enfants et de coups infligés aux femmes croît dans des proportions dramatiques. Selon un rapport publié en 1987 par le Conseil consultatif canadien sur la condition féminine, on estime à un million le nombre de femmes battues au Canada chaque année. Le rapport Badgley indique que 42 p. 100 de notre population a été victime d'actes sexuels non désirés à un moment ou à un autre de la vie. Ce sont là des statistiques bouleversantes.

Le Canada ne peut plus tolérer l'exploitation de la vulnérabilité par la brutalité. Nous devons mobiliser toutes nos ressources pour combattre la violence familiale. Cette année, le gouvernement accordera plus de fonds au problème; nous pourrions donc construire des refuges, former des professionnels et faire des recherches. Mon ministère à lui seul dépensera cette année 1,9 million de dollars soit 636,000\$ de plus que dans le budget de l'an dernier. Une importance particulière sera accordée aux autochtones du Canada, chez qui la violence familiale a des conséquences tragiques en raison de l'isolement et de la pauvreté.

Le premier Forum national sur la violence familiale prévu le mois prochain portera sur l'élaboration de solutions efficaces à ces problèmes réels. Les conclusions nous permettront de mettre sur pied une politique que nous présenterons au Cabinet l'année prochaine. Cet automne, mon conseiller spécial, M. Rix Rogers, présentera son rapport sur l'agression sexuelle des enfants. Ses recommandations nous donneront les renseignements dont nous avons besoin pour formuler une stratégie nationale pour débarrasser le pays de cette honte.

Comme le sait le comité, le gouvernement a annoncé dans le discours du budget qu'il reportait son projet de loi prévoyant l'augmentation rapide du nombre des places de garderie au Canada. Le projet de loi avait été retenu par le Sénat et, quand les élections ont été décidées, il n'a pas passé l'étape du Feuilleton. Certes, la nécessité de contrôler les dépenses fédérales nous oblige à retarder la prochaine étape du processus; mais nous sommes résolus à agir et à atteindre nos objectifs au cours du présent mandat.

Selon nous, les enfants sont notre ressource la plus précieuse. C'est pourquoi, au cours des sept prochaines années, nous consacrerons 2,3 milliards de dollars à l'amélioration de mesures fiscales, aidant ainsi près d'un million et demi de familles à prendre soin de leurs enfants. Nous maintenons la Caisse d'aide de 100 millions de dollars pour des projets en matière de garde des enfants, de même que le partage des frais de programmes de garde avec les provinces en vertu du Régime d'assistance publique du Canada.

[Texte]

CAP expenditures on child care were \$200 million in 1988-89, and we expect them to grow by approximately 20% this year. They are completely open ended and will contribute 50¢ of every eligible dollar spent by the provinces to provide child care. Protecting the well-being of our children extends beyond simply providing child care services.

The advent of embryo transplants, in vitro fertilization and genetic screening of fetuses poses serious new ethical questions. Who could have known even a decade ago that the explosion in medical knowledge and scientific research would push to the forefront the ethical dilemmas we now face in the field of reproductive technologies? As science makes breathtaking leaps forward, we must make sure that in the pursuit of progress we do not cross ethical and moral boundaries. We cannot wait until someone makes a mistake. We must have guidelines in place to examine these fundamental questions.

• 1550

The Royal Commission of Inquiry Into New Reproductive Technologies will travel across Canada to seek the advice of Canadians, examine these questions, and develop policy choices for the government. Ultimately it will provide the framework within which new reproductive technologies can develop. We will not simply play medical roulette with the lives of our children.

A fifth issue that concerns me is the safety of our food supply. The recent Chilean fruit crisis underlined our vulnerability to acts of terrorism, and we have learned some valuable lessons. I believe we can improve the information network among various levels of government, industry, and consumers to deal with such threats. Additionally, we learned that we can do a more effective job in teaching Canadians about the food inspection system.

To build on our experience, I will be consulting with producers, consumers, importers, distributors, retailers, and others involved in ensuring a safe, affordable, and varied food supply.

The Speech from the Throne committed the government to renewing its battle against drug abuse. Fighting that battle will take the combined efforts of many departments. We will concentrate both on what can be done to restrict supply and also on how to reduce the demand for drugs that keeps criminals in business. Unlike other battles, the war against drugs will never be totally over. It will be a continuous struggle, not just against smugglers and pushers but also against the conditions encouraging Canadians to become users.

[Traduction]

En 1988-1989, les dépenses engagées par le Régime au titre de la garde des enfants se chiffraient à 200 millions de dollars; cette année, elles devraient grimper d'environ 20 p. 100. Elles ne sont absolument pas déterminées d'avance, et nous fournirons 50c. pour chaque dollar admissible dépensé par les provinces pour la garde des enfants.

Protéger le bien-être de nos enfants, ce n'est pas simplement offrir des services de garderie. La transplantation embryonnaire, la fécondation in vitro et l'examen génétique du fœtus suscitent de nouvelles questions éthiques importantes. Qui aurait pu savoir, même il y a dix ans, que l'explosion des connaissances médicales et de la recherche scientifique créerait les dilemmes éthiques où nous placent aujourd'hui les techniques de la reproduction? Pendant que la science fait des progrès stupéfiants, nous devons veiller, dans notre progression, à ne pas franchir les limites de l'éthique et de la morale. Nous ne pouvons pas attendre que quelqu'un fasse une faute; il nous faut des directives qui nous aident à étudier ces questions fondamentales.

La Commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de la reproduction parcourra le Canada pour solliciter l'avis des Canadiens, étudiera ces questions et formulera des choix politiques à l'intention du gouvernement. Elle a pour but ultime de proposer un cadre pour le développement des nouvelles technologies de reproduction. Nous ne jouerons tout simplement à la roulette avec la vie de nos enfants.

Mon cinquième sujet de préoccupation est la sécurité de notre alimentation. La crise récente des fruits du Chili a fait ressortir notre vulnérabilité face aux actes de terrorisme et nous a donné quelques leçons intéressantes. Je crois que nous pouvons améliorer notre réseau d'informations entre les différents niveaux de gouvernement, l'industrie et les consommateurs, afin de faire face à de telles menaces. De plus, nous avons appris que la façon dont nous informons les Canadiens sur le système d'inspection des aliments pourrait être plus efficace.

Pour mettre en application ce que nous avons appris, je consulterai les producteurs, les consommateurs, les importateurs, les distributeurs, les détaillants et tous les autres intervenants qui travaillent à assurer des approvisionnements alimentaires sains, accessibles et variés.

Dans le discours du Trône, le gouvernement s'est engagé à reprendre la lutte contre l'usage des stupéfiants. Cette lutte exige les efforts combinés de nombreux ministères. Nous nous concentrerons à la fois sur ce qui peut être fait pour réduire l'approvisionnement et pour réduire la demande qui permet aux criminels de continuer leur commerce. À la différence d'autres batailles, la guerre contre la drogue ne sera jamais entièrement terminée. Il nous faudra livrer une bataille continue, non seulement contre les trafiquants et les

[Text]

The war to combat drugs must be fought in the same way that the wars against cigarette smoking, and drinking and driving, are being waged. We must make it socially unacceptable to abuse drugs. We must show not only that drug abuse is harmful but also that it is not accepted among our friends, our relatives, or our colleagues. Those who smoke marijuana, snort cocaine, or ingest crack must know that their habit is rejected by their peers, that it will not be tolerated.

This is not a battle the government can wage alone. It is one that business, churches, schools, and service clubs, as well as police and social workers, must also fight. The media, role models, and indeed Members of Parliament must all join the battle if we are significantly to reduce drug abuse.

Let me deal briefly with the challenge posed by our aging population. Today just under 3 million Canadians are over the age of 65. By 2025, Canada will have more than 7 million older people, or one in every four. They are likely to be the healthiest, best-educated, most well-off seniors in history, but their sheer volume will present Canadians with some disturbing challenges.

If we continue to deliver health care for seniors that deals with issues only through cure or institutionalization, the costs will become unbearable. The challenge for us will be to reallocate resources from acute institutional care to chronic, community-based care.

L'amélioration de la qualité de vie des aînés sera une de nos priorités. À court terme, nous augmentons les pensions de vieillesse, le supplément du revenu garanti et l'allocation au conjoint de 865 millions de dollars.

À plus long terme, nous devons apprendre comment aider les aînés à conserver leur autonomie le plus longtemps possible pour que leur vie soit profondément satisfaisante. À cette fin, nous ajoutons cette année près de 39 millions de dollars, ce qui portera à 53 millions de dollars les dépenses totales engagées pour les initiatives à l'intention des aînés en 1989-1990.

Good health and a healthy environment are both indispensable. The government will be implementing a new environmental agenda that will, among other things, include new legislation to ensure the quality of drinking water, action to clean up the Great lakes and control contaminants in the Arctic, medical research to support efforts to control air pollution and acid rain, and better control of the use of pesticides and herbicides so the safety of our food supply is assured.

In recognition of the key role environmental protection plays in preserving the health of Canadians, the Prime Minister has asked me to serve as vice-

[Translation]

ravitailleurs, mais aussi contre la situation qui encourage les Canadiens à devenir des consommateurs.

Nous devons faire la guerre aux drogues de la même façon qu'à la cigarette et à la conduite en état d'ébriété. Nous devons rendre la consommation des drogues illégales socialement inadmissible. Nous devons non seulement prouver que l'usage des drogues est dangereux mais aussi démontrer qu'il est inacceptable chez nos amis, nos parents et nos collègues. Ceux qui fument de la marijuana, reniflent de la cocaïne ou consomment du crack doivent savoir que leur habitude est condamnée par leurs pairs et qu'elle ne sera pas tolérée.

Le gouvernement ne peut pas faire cavalier seul; les entreprises, les églises, les écoles, les clubs sociaux, les forces de l'ordre et les travailleurs sociaux doivent aussi s'attaquer au problème. Les médias, les modèles de rôle et même les députés doivent participer à cette lutte si nous voulons réduire considérablement l'usage des drogues.

Permettez-moi de traiter brièvement du défi que pose le vieillissement de notre population. Aujourd'hui, un peu moins de 3 millions de Canadiens ont plus de 65 ans. D'ici à l'an 2025, le Canada comptera plus de 7 millions d'aînés, soit une personne sur quatre. Ces aînés seront probablement les plus en santé, les plus instruits et les mieux nantis de toute l'histoire. Cependant, leur grand nombre sera pour les Canadiens un défi à relever.

Si nous continuons d'assurer aux aînés des soins de santé surtout axés sur la guérison ou le placement en établissement, les coûts deviendront insupportables. Nous devons réaffecter les ressources des soins pour malades graves en établissement aux soins de longue durée hors établissement.

Improving the quality of life for our seniors will be a priority. In the short term, we are increasing our payments for Old Age Security, Guaranteed Income Supplement and Spouses' Allowance by \$865 million.

Over the longer run, we must learn how to help seniors maintain their independence as long as possible, so that their lives are fulfilling. To that end, we are allocating almost \$39 million in additional funds this year, bringing our total outlay for seniors' initiatives in 1989-90 to \$53 million.

Une bonne santé et un environnement sain sont des éléments indispensables. Le gouvernement mettra en application un nouveau programme environnemental qui, entre autres, comprendra une nouvelle législation visant à assurer la qualité de l'eau, des mesures pour nettoyer les Grands Lacs et le contrôle des contaminants dans l'Arctique, des recherches médicales pour appuyer les efforts faits pour supprimer la pollution de l'air et les pluies acides, et un meilleur contrôle de l'utilisation des pesticides et des herbicides de manière à assurer la sécurité de nos approvisionnements alimentaires.

En reconnaissance du rôle-clé que la protection de l'environnement joue pour conserver la santé des Canadiens, le premier ministre m'a demandé de remplir

[Texte]

chairman of the new Cabinet Committee on the Environment, which is charged with ensuring that all of our actions meet the government's environmental priority. My department has an important role to play in implementing and supporting that environmental agenda.

I mentioned earlier that the Department of National Health and Welfare will spend an additional \$1.2 billion this year. Within that total we have been able to relieve key administrative pressures such as the length of time involved in the processing of applications for CPP disability benefits.

• 1555

I am aware this is a matter of special concern for all members of the House. I am pleased to report that the Income Security Programs Branch of my department, which administers the Canada Pension Plan, has made some significant improvements in processing applications for CPP disability benefits. The inventory of applications, which stood at 17,000 in May 1988, has been reduced to approximately 8,500, half of what it was a year ago. Review time for new applications has been reduced from 8.5 weeks to 3 weeks.

Among the measures introduced to speed up the processing of applications for disability benefits, adjudicators have been given more responsibilities in the disability determination process, while medical advisers are placing more emphasis on the complex cases and reviewing the quality of the decisions made by the adjudicators. More efficient procedures for processing benefits, adjudicating disabilities and controlling production have been introduced. In addition, all applications must now include upon submission a medical report completed by the attending physician. As a result, delays resulting from administration requests for medical reports have been eliminated.

We have talked about some of the issues I see as priorities in the next year. Time does not permit me to mention more than a fraction of the new initiatives we will be taking, but I wanted to touch on some of the key challenges which I am facing as a minister.

Mr. Chairman, this is my 17th year as a Member of Parliament. I know the relationship between the minister of a department and the standing committee is an important one. It can be adversarial, but it can also be co-operative and constructive. We are dealing here with issues that touch the lives of each and every Canadian, issues which are too important to be dealt with in a purely partisan fashion. This committee has the potential to make a genuine, long-lasting contribution to the lives of Canadians in several different areas.

[Traduction]

les fonctions de vice-président du nouveau Comité du Cabinet sur l'environnement, chargé de veiller à ce que toutes nos actions soient compatibles avec les priorités du gouvernement en matière d'environnement. Mon ministère a un rôle important à jouer pour mettre en oeuvre et appuyer ce programme dans le domaine de l'environnement.

J'ai signalé plus tôt que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social dépenserait 1,2 milliard de dollars de plus cette année. Cette somme nous a déjà permis de simplifier les mécanismes administratifs les plus pesants—de raccourcir, par exemple, les délais de traitement des demandes de prestations d'invalidité accordées en vertu du RPC. Je sais que la question préoccupe particulièrement les députés.

Je suis heureux d'annoncer que la Direction générale des programmes de la sécurité du revenu de mon ministère, laquelle administre le Régime de pensions du Canada, a apporté d'importantes améliorations au traitement des demandes de prestations d'invalidité du RPC. Par suite de ces améliorations, le nombre des demandes inscrites au répertoire, 17,000 en mai 1988, est tombé à 8,500 environ, soit la moitié de ce qu'il était. La durée de l'examen des nouvelles demandes, qui était de 8,5 semaines, a été réduite à 3 semaines.

Parmi les mesures prises pour accélérer le traitement des demandes de prestations d'invalidité, on peut citer les suivantes: une plus grande responsabilité est confiée aux évaluateurs dans le processus de détermination de l'invalidité; de leur côté, les médecins-conseils se concentrent davantage sur les cas complexes et examinent la qualité des décisions prises par les évaluateurs. Des méthodes plus efficaces ont été adoptées pour le traitement des prestations, l'évaluation des cas d'invalidité et le contrôle de la production. En outre, toutes les demandes présentées doivent désormais être accompagnées d'un rapport médical rempli par le médecin traitant. Il s'ensuit que les retards causés éventuellement par l'administration lorsqu'elle exige un rapport médical ont été éliminés.

Nous avons parlé de quelques-unes des questions que je considère comme prioritaires pour la prochaine année. Je n'ai eu le temps de vous mentionner qu'une fraction des nouvelles initiatives que nous entreprendrons, mais je voulais aborder quelques-uns des principaux défis auxquels je fais face en tant que ministre.

Monsieur le président, il y a près de 18 ans que je suis député et je sais que les rapports entre le ministre et le comité permanent sont importants. Ils peuvent être hostiles, mais ils peuvent aussi être coopératifs et constructifs. Nous traitons ici de questions qui touchent la vie de chaque Canadien, des questions trop importantes pour être abordées de façon essentiellement partisane. Le comité est en mesure d'apporter une contribution authentique et soutenue à la qualité de vie des Canadiens, et cela dans plusieurs domaines.

[Text]

On the issue of AIDS, members could discuss how best to involve community groups, employers, provinces and the general public in a national strategy to control the spread of this awful disease. We need to examine how federal programs can be adapted so that groups such as seniors and the disabled can maintain independent lifestyles within the community. Examining what factors other than health care lead to inequalities in the health status of different ethnic groups in society could lead us to a better understanding of how to achieve better health for all.

I have come here today prepared to answer any questions you may have, but also to seek your advice and your ideas on the issues before us. Mr. Chairman, I thank members of the committee for their patience. I welcome your questions and your comments.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister. We appreciate the comments you have made. I am sure they will trigger a number of questions from our committee members here today. It is my understanding, sir, that you have about an hour to spend with us. The committee has agreed to a 10-minute round from each of the lead questioners. I have asked the clerk to start a list for the continuation of the five-minute round. I hope that everybody who wishes would have an opportunity to present a question at that time. There has been. . .

Mr. Simmons (Burin—St. George's): On a point of order, Mr. Chairman. The Chair mentioned the minister has just an hour. Could the Chair indicate whether a further arrangement is made to have the minister back on another occasion? I am sure you realize it is not nearly enough time for the issues we want to raise with him.

The Chairman: I am sure the minister would like to respond. I would assume, sir, that you will have time in the future to spend with this committee, but maybe you would like to respond to Mr. Simmons' query.

Mr. Beatty: Mr. Chairman, I am certainly at the disposal of the committee. In addition to myself, my officials are available. I would be delighted to come back. If there are detailed questions relating to administration, we would be glad to have officials respond to them as well. I am totally in the hands of the committee.

The Chairman: Is that satisfactory, Mr. Simmons?

Mr. Beatty: I am serious when I invite members of the committee to take an interest in the issues before us and

[Translation]

En ce qui concerne le SIDA, les membres du comité peuvent discuter du meilleur moyen d'engager les groupes communautaires, les employeurs, les provinces et le grand public dans la mise au point d'une stratégie nationale qui puisse enrayer la progression de cette horrible maladie. Nous devons étudier comment les programmes fédéraux peuvent être adaptés de manière à permettre à certains groupes comme les aînés ou les personnes handicapées de mener une vie autonome au sein de la communauté. Enfin, en cherchant quels éléments autres que les soins de santé créent des inégalités, sur le plan de la situation sanitaire, entre les différents groupes de la société, nous pourrions avoir une meilleure idée de la façon dont peut être assurée la santé pour tous.

Je suis venu ici aujourd'hui, prêt à répondre à toutes les questions que vous pourriez avoir, mais je voudrais aussi vous demander votre avis et des idées sur les questions qui se posent à nous. Monsieur le président, je remercie les membres du comité de leur patience. C'est avec plaisir que je répondrai à vos questions et à vos commentaires.

Le président: Merci beaucoup, monsieur le ministre. Vos observations sont les bienvenues, et je suis certain qu'elles vont déclencher bon nombre de questions de la part des membres de notre comité qui sont présents aujourd'hui. Je crois comprendre, monsieur le ministre, que vous avez environ une heure à nous consacrer. Le comité s'est entendu pour accorder dix minutes aux intervenants pour la première ronde de questions. J'ai demandé à la greffière de dresser une liste d'intervenants pour la ronde suivante, à raison de cinq minutes par personne. J'espère que tous ceux qui aimeraient poser une question auront l'occasion de le faire à ce moment-là. Il y a eu. . .

M. Simmons (Burin—Saint-Georges): J'invoque le Règlement, monsieur le président. Vous avez mentionné que le ministre avait seulement une heure à nous consacrer. Pourriez-vous nous dire si des arrangements ont été pris pour réinviter le ministre à une date ultérieure? Je suis certain que vous vous rendez compte qu'une heure sera loin d'être suffisante pour épuiser tous les sujets que nous voudrions aborder avec lui.

Le président: Je suis certain que le ministre voudra vous répondre à ce sujet. Je suppose, monsieur le ministre, que vous aurez du temps à consacrer à notre comité à l'avenir, mais peut-être aimeriez-vous répondre à la question de M. Simmons.

M. Beatty: Monsieur le président, je suis certes à la disposition du comité, de même que mes collaborateurs. Je serai ravi de revenir. S'il y a des questions détaillées portant sur l'administration, les fonctionnaires se feront un plaisir d'y répondre. Je suis à l'entière disposition du comité.

Le président: Êtes-vous satisfait, monsieur Simmons?

M. Beatty: Je suis sérieux quand j'invite les membres du comité à s'intéresser de près aux questions dont nous

[Texte]

to participate fully. I am prepared to give of my time to ensure that takes place.

Mr. Simmons: We are aware, of course, that the officials are available, but the minister is the political head of the department. I am delighted to hear him say he is available on a future occasion. I hope your steering committee or whoever has the responsibility will pursue that matter.

The Chairman: I will certainly take that into advisement, Mr. Simmons. You are well represented on the steering committee by Mr. Dingwall. I am sure he will make that point known. I think it is to the benefit of those of us as members of this committee and to you, sir, as minister, that we carry on a close working relationship and liaison here. I think, as the minister has indicated, he is willing to take the time to spend with this committee.

• 1600

Just before we get into the questioning, Mr. Axworthy, you had asked that there be a split in the first two, the 15 minutes between your 10 minutes and the second questioner. Do you still wish to take seven or eight minutes each? Is that agreeable to committee members? I think it should be.

Mr. Dingwall (Cape-Breton—East Richmond): The split on the first round would be for 10 minutes, not for 15 minutes, Mr. Chairman.

The Chairman: No, I am saying Mr. Axworthy would not use his full 10 minutes. Whatever he does not use we could use for the second one. Is that agreeable to everybody? Okay.

Mr. Dingwall: Mr. Chairman, through you to the minister, I welcome him here to the committee this afternoon. Perhaps there is still an opportunity to get a copy of the minister's statement, which could be circulated to members. Also, perhaps the minister would file with the clerk the policy that was recently announced today, as he said, by him and the President of the Treasury Board with regard to AIDS in the Public Service.

Mr. Beatty: Mr. Dingwall, in anticipation I asked my staff to see if they can get their hands on a copy of it to be distributed to you this afternoon.

Mr. Dingwall: Mr. Chairman, since I have 10 minutes—and the minister can appreciate that I wish to raise a number of questions and concerns with him—the first matter I wish to bring to his attention is the whole issue and the public concern with regard to AIDS. I want to say quite emphatically to him, as I have said privately and now publicly, that my approach to this entire issue with regard to AIDS will certainly be non-partisan. We

[Traduction]

sommes saisis et à participer pleinement à l'étude de ces dossiers. Je suis disposé à donner de mon temps pour m'assurer que ce sera bien le cas.

M. Simmons: Nous savons bien sûr que les fonctionnaires sont disponibles, mais c'est le ministre qui est le responsable politique du ministère. Je suis ravi de l'entendre dire qu'il est prêt à revenir à une date ultérieure. J'espère que votre comité directeur ou quiconque est chargé de ces questions s'en occupera.

Le président: J'en prends certainement bonne note, monsieur Simmons. Vous êtes bien représenté au comité directeur par M. Dingwall. Je suis certain qu'il va transmettre le message. Je crois qu'il est avantageux à la fois pour nous, membres du comité, et pour vous, monsieur le ministre, que nous ayons de bonnes et étroites relations de travail. Je pense que le ministre est tout disposé à consacrer tout le temps voulu à notre comité, comme il vient d'ailleurs de le dire.

Avant d'aborder les questions, monsieur Axworthy, vous avez demandé de diviser en deux votre temps de parole des premier et deuxième tours, c'est-à-dire les 10 minutes qui vous sont allouées au premier et les cinq minutes qui vous sont accordées au deuxième. Désirez-vous toujours prendre sept ou huit minutes chacun? Le comité est-il d'accord? Je crois que cela ne devrait pas poser de problème.

M. Dingwall (Cape-Breton—Richmond-Est): Le temps accordé pour la première ronde est de 10 minutes, et non pas de 15 minutes, monsieur le président.

Le président: Non, je dis que M. Axworthy n'utiliserait pas toute la période de 10 minutes qui lui est accordée. Le temps qu'il n'utiliserait pas serait reporté à la deuxième ronde. Est-ce que tout le monde est d'accord? C'est convenu.

M. Dingwall: Monsieur le président, par votre entremise, je m'adresse au ministre et je lui souhaite la bienvenue cet après-midi à notre comité. Peut-être y aurait-il moyen de distribuer aux membres du comité un exemplaire de la déclaration du ministre. Le ministre pourrait peut-être aussi remettre à la greffière une copie de la politique de la fonction publique concernant le SIDA, politique qui a été annoncée aujourd'hui-même par le ministre et par le président du Conseil du Trésor.

M. Beatty: Monsieur Dingwall, j'avais prévu cette demande et j'ai demandé à mes collaborateurs de voir s'ils pouvaient se procurer un exemplaire de la politique pour vous la remettre cet après-midi.

M. Dingwall: Monsieur le président, puisque je dispose de 10 minutes, le ministre comprendra que je souhaite aborder un certain nombre de questions. Le premier point que je voudrais porter à son attention, c'est toute la question de l'inquiétude du public en ce qui concerne le SIDA. Je tiens à lui dire avec insistance et publiquement, comme je le lui ai dit en privé, que mon attitude concernant tout le dossier du SIDA sera certainement

[Text]

accept the minister's challenge to participate in a non-partisan committee in trying to find ways to resolve this particular issue. I do want to bring to the minister's attention, however, that some work has been done by his department, or in which they have participated, that I think is good work. However, it has not been circulated widely, to my knowledge.

For instance, Queen's University at Kingston did a study on Canadian youth and AIDS. It is an excellent document, Mr. Minister, but it is not circulated widely. There are many high schools across this country that do not have access to this document; nor am I aware of anyone within the department going around promoting its contents. I have read it from cover to cover. I have discussed it with high school teachers at a variety of levels, and they have all found it to be an excellent document, Mr. Minister.

Second, I commend the department for funding this particular document called *Survivors*. I believe the Federal Centre for AIDS, Health Protection Branch, had something to do with funding this particular project. But again, Mr. Minister, if we want to get at the root problem of the AIDS issue, this is a tool that is at your disposal, and I urge you strongly that this ought to be promoted much more so than it has in the past.

Mr. Minister, you made a statement some time ago that when you became minister there was no AIDS policy. Almost six years have elapsed with no national strategy towards AIDS. I hope you would consider very carefully, very seriously, the calling of a conference of health ministers across this country to come to Ottawa to discuss that national strategy, to find out specifically what each of the provincial governments is doing and is intending to do in the next number of months and, indeed, over the next 24 months. I think it is absolutely essential.

Second, Mr. Minister, I urge you to establish a federal-provincial advisory committee on AIDS, not with part-time representatives but with full-time representatives, people who are going to be actively participating in developing, enhancing and implementing that particular policy. Since we are non-partisan on this particular issue, I look for your reaction with regard to the government putting more emphasis on funding towards community support centres for AIDS, such as AIDS hospices. I think that is absolutely crucial. I think the three levels of government in Canada must co-operate in providing funding for HIV education programs promoting health. I recommend, Mr. Chairman, to the minister that he expand and target education programs and information about the prevention of HIV transmission, which is absolutely essential in my view.

[Translation]

dénué de tout esprit partisan. Nous relevons le défi lancé par le ministre de participer aux travaux du comité de façon non partisane en vue de trouver des moyens de résoudre ce problème particulier. Je voudrais cependant attirer l'attention du ministre sur l'excellent travail que son ministère a effectué ou du moins auquel il a participé. Cependant, les résultats de ces travaux n'ont pas été largement diffusés, du moins pas à ma connaissance.

Par exemple, l'université Queen's, de Kingston, a effectué une étude sur les jeunes Canadiens et le SIDA. C'est un excellent document, monsieur le ministre, mais il n'a pas été diffusé largement. Il y a beaucoup d'écoles secondaires d'un bout à l'autre du pays qui n'ont pas accès à ce document. Je ne crois pas non plus que quelqu'un du ministère se charge d'en faire la promotion. Je l'ai lu d'un bout à l'autre. J'en ai discuté avec des professeurs d'écoles secondaires de différentes classes et ils ont tous trouvé que c'était un excellent document, monsieur le ministre.

Deuxièmement, je félicite le ministère d'avoir assuré le financement de ce document que j'ai ici et qui s'intitule *Les survivants*. Je crois que le Centre fédéral sur le SIDA de la Direction générale de la protection de la santé a eu quelque chose à voir avec le financement de ce projet. Mais encore une fois, monsieur le ministre, si nous voulons nous attaquer aux racines du problème du SIDA, il s'agit d'un outil qui est à votre disposition, et je vous invite instamment à en faire une promotion beaucoup plus énergique que par le passé.

Monsieur le ministre, vous avez dit il y a quelque temps que, lorsque vous êtes devenu ministre, il n'y avait pas de politique du SIDA. Presque six années se sont écoulées et nous n'avons toujours pas de stratégie nationale concernant le SIDA. J'espère que vous envisagerez très sérieusement de convoquer à Ottawa une conférence des ministres de la Santé de l'ensemble du pays afin de discuter de cette stratégie nationale, de savoir précisément ce que chaque gouvernement provincial fait et envisage de faire au cours des prochains mois et même d'ici deux ans. Je crois que c'est absolument essentiel.

Deuxièmement, monsieur le ministre, je vous exhorte à créer un comité consultatif fédéral-provincial sur le SIDA, dont les représentants ne siègeraient pas à temps partiel mais bien à plein temps, des gens qui participeront activement à la mise au point, à l'élaboration et à la mise en application de cette politique. Puisque nous envisageons ce dossier particulier dans un esprit strictement non partisan, je voudrais connaître votre réaction à l'idée que le gouvernement mette davantage l'accent sur le financement de centres d'aide communautaire en ce qui concerne le SIDA, par exemple des Centres d'accueil pour sidatiques. Je crois que c'est absolument crucial. Je pense que les trois paliers de gouvernement au Canada doivent collaborer afin de financer des programmes visant à sensibiliser le public au sujet du virus HIV et à promouvoir la santé. Je recommande au ministre, monsieur le président, d'élargir et de mieux cibler les programmes d'information et de

[Texte]

Mr. Chairman, I urge the minister that this requires national leadership. He and he alone must be seized with that leadership. He must provide it to the provincial governments, to the community at large, and he must take this issue into his personal—personal—domain and try to come up with solutions to very, very serious problems.

• 1605

We are prepared to offer some of those solutions and recommendations. We would be happy to hear from individuals within the department, and yourselves, as to whether or not they are viable. But we want constant leadership at the top. We think Parliament should be informed on a regular basis about the good and the bad of what is taking place. I think the minister, if he is serious about that particular matter, will do that, to the benefit of Canadians everywhere.

Finally, a question on AIDS policy. This comes from the national president of the Canadian Hemophilia Society. They want to know, since you are considering the possibility of providing compensation there as well as to the victims of thalidomide... we would like to know some specifics on what the minister's timetable is. It is all well and dandy to have broad consultations with a variety of groups, but I think these individuals and these victims deserve an honest answer from the Minister of National Health and Welfare on when a decision will be rendered. If it is going to be in two months or three weeks I think the minister should say that, as opposed to just saying, well, soon we are going to have a decision. I hope he will be able to respond to that in response to some of the concerns I have voiced about AIDS policy.

There is another area of concern I wish to raise with the minister, and that has to do with child care. The minister knows, or he ought to know—and I am sure his officials have advised him accordingly—that in this country we have approximately 5.6 million working women in Canada, and 3.4 million of them have children at home. The federal health minister's own department estimates 250,000 day care spaces were available last year, but the number of children who need care at some point during the day is estimated to be over 1 million.

The minister knows not he but his government in 1984 made a commitment that this was a priority. In 1986 they reiterated that commitment as a priority. In 1988 they once again reiterated their commitment. I want to hear from the minister what he is going to do specifically in the next 12 months for the creation of new day care

[Traduction]

sensibilisation au sujet de la prévention de la transmission du virus HIV, ce qui est absolument essentiel, à mon avis.

Monsieur le président, je dis au ministre que, pour cela, il faut un leadership national. C'est lui et lui seul qui doit assumer ce leadership. Il doit être un leader en ce domaine pour les gouvernements provinciaux, pour le grand public, et il doit s'occuper personnellement, je dis bien personnellement, de ce dossier et s'efforcer de trouver des solutions à ces problèmes très très graves.

Nous sommes prêts à lui proposer des solutions et à lui faire des recommandations. Nous sommes tout disposés à en discuter avec des fonctionnaires de votre ministère et avec vous-mêmes pour déterminer si ces solutions sont valables. Mais nous voulons surtout que l'on fasse preuve d'un leadership constant au sommet de la pyramide. Nous croyons que le Parlement devrait être informé régulièrement de ce qui se passe, autant les bonnes nouvelles que les mauvaises. Je pense que si le ministre est sérieux au sujet de ce dossier, il fera cet effort pour le plus grand profit des Canadiens de toutes les régions du pays.

Enfin, j'ai une question sur la politique concernant le SIDA, question dont m'a fait part le président national de la Société canadienne de l'hémophilie. Étant donné que vous envisagez la possibilité d'offrir une forme de dédommagement, tout comme on l'a fait dans le cas des victimes de la thalidomide, nous voudrions avoir des précisions quant à l'échéancier du ministre. C'est bien beau d'avoir de larges consultations avec divers groupes, mais je pense que les particuliers, les victimes elles-mêmes, méritent une réponse franche de la part du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social; elles veulent savoir quand une décision sera prise. Est-ce que ce sera dans deux mois, dans trois semaines; je crois que le ministre devrait le dire au lieu de se contenter de dire qu'une décision sera prise bientôt. J'espère qu'il sera en mesure de répondre à cette question lorsqu'il répondra aux préoccupations que j'ai exprimées concernant la politique sur le SIDA.

Il y a une autre question que je voudrais aborder avec le ministre; il s'agit de la garde des enfants. Le ministre sait ou devrait savoir—je suis certain que ses collaborateurs le lui ont dit—qu'il y a au Canada 5,6 millions de femmes qui travaillent, dont 3,4 millions ont des enfants au foyer. Le ministère fédéral de la Santé, c'est-à-dire les propres services du ministre, estime à 250,000 le nombre de places qui étaient disponibles dans les garderies l'année dernière, mais le nombre d'enfants qui ont besoin de services de garde à un moment ou un autre durant la journée est évalué à plus de un million.

Le ministre sait que son gouvernement s'est engagé en 1984 à accorder la priorité à ce dossier. En 1986, on a réitéré cet engagement. En 1988, cet engagement a été réaffirmé une fois de plus. Je veux entendre le ministre nous dire ce qu'il fera précisément au cours des douze prochains mois pour créer de nouvelles places de garderie

[Text]

spaces in this country. It is fine to talk about the child care initiatives and it is fine to talk about the tax incentives, but what about actual new spaces?

That leads me to another area of child care, namely the policy on Indian child care. The minister must know that 40%—40%—of the native population is under the age of 15, and 15% is under the age of 7. There are 663 reserves in Canada, and fewer than 70 have child care facilities. The government promised \$60 million. That has been slashed. Yes, native groups can obtain funding, as they have, under the Child Care Initiatives Fund, but that does very little, if anything, to create the new child care spaces that are needed across this country.

I say to the minister that it is absolutely essential that he and his government take seriously the issue of creating new child care spaces in this fiscal year. He may respond that there are provisions under CAP. That is correct: there are. But nowhere—nowhere—will that lead to eradicating the crisis situation in the country today. The minister has heard that, I am certain, from numerous individuals across this country. People who are involved in the child care movement across this country are looking to him for answers on some very, very real problems. I could relate to the minister story after story after story where parents, male and female, are attempting to find some form of child care and none is available; no spaces are available. It is a serious situation. I would like to hear from the minister on those two issues.

• 1610

Finally, as a third question—

The Chairman: You realize, of course, you are using up to close to nine minutes of your time.

Mr. Dingwall: Well, with that I will go to the minister.

The Chairman: The minister may have some difficulty responding in the time allocated.

Mr. Beatty: Mr. Chairman, if the committee will bear with me I will try to respond as fully but as quickly as possible to Mr. Dingwall.

First of all, Mr. Dingwall, let me say that I welcome and appreciate your comments with regard to AIDS and with regard to your willingness to see us take a non-partisan approach to the issue. I think it is an issue which transcends all partisan boundaries and it is essential that all Canadians work closely together. I think I can give you good news on most of the issues you raised with regard to AIDS. I think I can give you positive news.

[Translation]

au Canada. C'est bien beau de parler des initiatives dans le domaine de la garde des enfants, c'est bien beau de parler des stimulants fiscaux, mais qu'en est-il des places dans les garderies?

Ce qui m'amène à un autre aspect de la garde des enfants, c'est-à-dire la politique concernant la garde des enfants autochtones. Le ministre doit savoir que 40 p. 100, je dis bien 40 p. 100, de la population autochtone est âgée de moins de 15 ans et 15 p. 100, de moins de 7 ans. Il y a 663 réserves au Canada et moins de 70 d'entre elles disposent de services de garde d'enfants. Le gouvernement a promis 60 millions de dollars. Ces crédits ont été supprimés. Il est vrai que les groupes autochtones peuvent obtenir de l'argent, comme ils l'ont fait dans le passé, en puisant dans la Caisse d'aide pour des projets spéciaux en matière de garde d'enfants, mais cela n'aide que très peu, ou même pas du tout, pour ce qui est de créer de nouvelles places dans les garderies dont on a tellement besoin d'un bout à l'autre du pays.

Je dis au ministre qu'il est absolument essentiel que lui-même et son ministère prennent au sérieux le dossier de la création de nouvelles places dans les garderies au cours de l'actuelle année financière. Il pourra répondre qu'il y a des dispositions aux termes du RAPC. Il est vrai que ces dispositions existent. Mais cela ne permettra absolument pas de trouver une solution à la véritable crise qui sévit au Canada aujourd'hui. Le ministre se l'est certainement fait dire par de très nombreuses personnes de tout le Canada. Tous ceux qui s'intéressent au dossier de la garde des enfants d'un bout à l'autre du pays se tournent vers lui pour avoir des réponses, des solutions à ces problèmes très graves. Je pourrais réciter au ministre toute une litanie de cas de parents, hommes ou femmes, qui cherchent à trouver un service quelconque de garde d'enfants et qui n'en trouvent pas. Il n'y a tout simplement pas de place. La situation est grave. Je voudrais savoir ce que le ministre a à dire sur ces deux questions.

Enfin, comme troisième question. . .

Le président: Vous vous rendez compte, bien sûr, que vous avez déjà utilisé près de neuf minutes de votre temps.

M. Dingwall: Bon, alors je vais céder la parole au ministre.

Le président: Il sera peut-être difficile pour le ministre de répondre dans le temps imparti.

M. Beatty: Monsieur le président, si le comité veut bien être indulgent, je vais essayer de répondre le plus rapidement possible à toutes les questions de M. Dingwall.

Premièrement, monsieur Dingwall, je voudrais vous dire que je vous suis reconnaissant de vos observations en ce qui concerne le SIDA, notamment votre volonté de nous voir tous adopter à cet égard une attitude dénuée de tout esprit partisan. Je crois que c'est une question qui transcende les différences partisans, et il est essentiel que tous les Canadiens travaillent ensemble à la solution de ce problème. Je crois que je peux vous donner de bonnes

[Texte]

As regards the Queen's University Study on The Canadian Youth and AIDS, I myself have been promoting that study. One of the things that it indicates is the tremendous amount of work that we have to do in order to inform young people. There is the attitude among young people that they are invulnerable; that they cannot catch this sort of disease; that it is something that happens to somebody else, older people or somebody else but not them. What this study highlights, to me, is the importance that we do that educational job and make young Canadians in particular aware of the threat that is posed by AIDS.

You mentioned the brochure. What we are looking at now is the whole of our education program and what we can be doing to distribute more material to ensure that Canadians are informed both about how you get AIDS and also about how you do not get it. One of our goals has to be to ensure that we fight discrimination against people who test HIV positive.

One of the approaches in the past has been to try to frighten everybody; that this horrible disease was lurking out there just waiting to get them. We are paying a price for that today in the disgraceful treatment of many people who have contracted AIDS, and that is something we have to fight.

What we are trying to do in designing educational programs is to target the various audiences to try to tailor the message to their particular needs. Perhaps at another date we can elaborate on some of the initiatives that we are taking. I would be pleased to share all of that with the committee. We welcome the committee's input on that.

I would just correct one point with regard to a statement you made. I did not say there was no AIDS policy when I became minister, but rather that there was no national AIDS strategy. I did release, as minister, a policy for the federal centre and for the federal government, in terms of its activities, which was really a consolidation of the various approaches which had been taken by the federal government up until that point.

My concern, though, is that we are operating on the basis of several different solitudes, and that the issue is too large for the federal government to operate independently of the provinces or of non-governmental organizations. I would like to see the development of a national strategy on AIDS that would ensure that we are all pulling on the oars in the same direction. That is why I favour convening not just the provinces but members of the non-governmental sector as well; to pull people together, to ask how do we work together to make sure that in

[Traduction]

nouvelles sur la plupart des aspects que vous avez soulevés en ce qui concerne le SIDA. Je pense avoir des nouvelles positives à vous annoncer.

En ce qui concerne l'étude de l'université Queen's sur les jeunes Canadiens et le SIDA, j'en ai moi-même vanté les mérites. Elle nous enseigne notamment qu'il faudra faire des efforts extraordinaires pour informer les jeunes. Les jeunes ont tendance à se croire invulnérables; ils s'imaginent qu'ils ne peuvent attraper une maladie de ce genre, que cela n'arrive qu'aux autres, à des gens plus vieux, en tout cas, pas à eux. À mes yeux, cette étude met en lumière l'importance pour nous de faire du travail de sensibilisation afin de faire prendre conscience notamment aux jeunes Canadiens de la menace posée par le SIDA.

Vous avez parlé de la brochure. Nous réexaminons en ce moment l'ensemble de notre programme d'information et tout ce que nous pouvons faire pour distribuer davantage de documentation afin de veiller à ce que les Canadiens soient informés autant sur la manière dont le SIDA s'attrape que sur la manière d'éviter de l'attraper. L'un de nos objectifs doit être de veiller à combattre la discrimination à l'égard des gens qui sont séropositifs.

L'une des méthodes essayées dans le passé consistait à tenter de faire peur à tout le monde, de faire croire que cette épouvantable maladie menaçait à tout moment d'infecter les gens. Nous en payons le prix aujourd'hui sous la forme du traitement honteux que l'on réserve à bien des gens qui ont contracté le SIDA, et il nous faut lutter contre cela.

Ce que nous essayons de faire, dans la conception des programmes d'information, c'est de nous adresser à divers groupes cibles afin d'adapter le message à leurs besoins particuliers. Nous pourrions peut-être, lors d'une prochaine rencontre, discuter plus longuement de certaines initiatives que nous prenons. Je me ferai un plaisir d'en faire part au comité. Nous sommes d'ailleurs ouverts aux propositions du comité à cet égard.

Je voudrais apporter une précision en ce qui concerne une déclaration que vous avez faite. Je n'ai pas dit qu'il n'y avait pas de politique du SIDA quand je suis devenu ministre, mais bien qu'il n'y avait pas de stratégie nationale sur le SIDA. J'ai bel et bien publié, en tant que ministre, une politique pour le centre fédéral et pour l'ensemble des activités du gouvernement fédéral, politique qui était en fait une consolidation des diverses mesures qui avaient été prises jusque-là par le gouvernement fédéral.

Je suis cependant préoccupé par le fait que nous opérons en vase clos et que cette question est trop vaste pour que le gouvernement fédéral s'en occupe indépendamment des provinces ou des organismes non gouvernementaux. Je voudrais voir l'élaboration d'une stratégie nationale du SIDA qui garantirait que nous travaillons tous dans le même sens. C'est pourquoi je serais favorable à la tenue d'une réunion non pas seulement des représentants des provinces, mais aussi des membres du secteur non gouvernemental; il faut

[Text]

education, for example, our approaches are complementary and that we are not frustrating one another, that in work that has been done by field workers in the community, the federal government is supportive of their needs, and so on.

I think when you referred to a First Ministers' conference you were really referring to health ministers. I am looking forward to meeting with my colleagues. Certainly one of the issues that will be on the agenda as a priority issue will be AIDS. At the deputy ministers' level there have been continuing discussions on this, but I think it is something with which ministers themselves should be dealing.

You have proposed upgrading the existing federal-provincial advisory committee on AIDS and I am prepared to consider any recommendations without prejudice.

You mentioned educational programs. I touched on that.

I fully accept the challenge that you put to me, the requirement that we must show national leadership. I think one of the things that we did today in getting the federal government's house in order, as an employer, was to demonstrate that we are prepared to lead by example. I think that must continue to take place.

Since I became minister we have taken a number of steps on AIDS. If the committee will bear with me I might just briefly summarize some of them.

We have issued the guidelines for community groups who want to apply for funding under our program. We have issued the guidelines for the federal centre. I have indicated my interest in reconstituting NAC AIDS and broadening its membership. I personally have started a process of consultation with AIDS community groups to try to establish bridges to those groups and open up lines of communication in a fresh new way, and to indicate to them that we want see them involved. We have written to drug companies to indicate that if they have well constructed proposals for testing, which would involve open-arm testing, we are prepared to entertain those and would not rule them out.

We have approval to do a pre-market study for an educational advertising campaign on the issue of AIDS. Over \$300,000 will be spent on that pre-market study to get information about the various groups we will want to speak to and how best to do that. I would certainly be prepared to share that information with the committee as it comes in.

[Translation]

rassembler les gens, demander comment nous pouvons travailler ensemble pour faire en sorte que, dans le domaine de l'éducation, par exemple, nos approches soient complémentaires et que nous ne nous mettions pas mutuellement des bâtons dans les roues, que le gouvernement fédéral soit sensible aux besoins de ceux qui travaillent sur place, dans les collectivités, etc.

Je pense que quand vous avez fait allusion à une conférence des premiers ministres, vous vouliez parler en fait des ministres de la Santé. Je compte rencontrer mes collègues bientôt. Il est certain que le SIDA figurera en bonne place sur la liste des priorités. Au niveau des sous-ministres, les discussions se poursuivent en permanence à ce sujet, mais je crois que c'est un dossier dont les ministres eux-mêmes devraient se saisir.

Vous avez proposé d'élargir le comité consultatif fédéral-provincial sur le SIDA, qui existe déjà, et je suis disposé à tenir compte de toutes recommandations sans préjugé.

Vous avez parlé des programmes d'éducation. J'en ai touché un mot.

J'accepte tout à fait le défi que vous m'avez lancé, à savoir la nécessité pour nous d'offrir un leadership national. Je crois que ce que nous avons fait aujourd'hui, en mettant de l'ordre dans les affaires du gouvernement fédéral à titre d'employeur, a servi à démontrer que nous sommes disposés à donner l'exemple. Je crois qu'il faut continuer à agir dans ce sens.

Depuis que je suis devenu ministre, nous avons pris un certain nombre de mesures concernant le SIDA. Si le comité veut bien me le permettre, je voudrais résumer brièvement certaines de ces mesures.

Nous avons publié des lignes directrices pour les groupes communautaires qui veulent demander des fonds dans le cadre de notre programme. Nous avons aussi publié des lignes directrices pour le centre fédéral. J'ai manifesté mon intérêt pour ce qui est de reconstituer le Comité consultatif national sur le SIDA et d'en élargir la composition. J'ai personnellement entrepris un processus de consultation des groupes communautaires qui s'occupent du SIDA afin d'essayer de jeter des ponts entre ces groupes et l'administration, de créer des liens plus étroits avec eux et de leur faire savoir que nous tenons à leur participation. Nous avons fait savoir aux compagnies pharmaceutiques que nous sommes disposés à examiner des propositions de test dûment étayées qu'elles pourraient nous soumettre.

• 1615

Nous avons également approuvé une étude préliminaire concernant une campagne d'information sur le SIDA. Une somme de 300,000\$ a été affectée à cette étude afin de déterminer comment contacter au mieux les différents groupes intéressés. Je ne manquerai pas de vous faire parvenir ces renseignements dès qu'ils seront à ma disposition.

[Texte]

We have taken action with regard to the federal government as an employer, and I will be writing to private sector organizations to encourage them to do the same thing. I certainly do accept that challenge and make a personal commitment to show personal leadership in this area.

Mr. Dingwall raised the question of the Canadian Hemophilia Society. Perhaps the first group I met with as minister was the Canadian Hemophilia Society. As Mr. Dingwall mentioned, we are working on a response to them and to other groups who have asked for compassionate assistance. I do not want to unfairly raise people's hopes in terms of giving an artificial deadline.

We are continuing to talk with them. We are putting together proposals within the department. If it is possible to do so I will take them forward to my Cabinet colleagues. Obviously the exact timetable for that will depend on Cabinet schedule. Where I see an urgency in it is particularly in the case of hemophiliacs. We have several hundred hemophiliacs infected with the HIV virus, some of whom have died already, as Dr. Wilbee mentioned yesterday. This is a matter of considerable urgency.

I fully accept the priority you set on the issue of child care, Mr. Dingwall. One of the most difficult decisions for the government to take was the decision to essentially divide between those programs already in place and new ones not yet in place and to defer those. It was not taken lightly. It was taken only because of the urgent fiscal situation in which we find ourselves today.

I wish the legislation had been passed by the last Parliament and was in place today. It was not. It is not constructive for me to get into a partisan fight about whose fault that is. But we are committed during the life of this government to act and implement our objectives.

In addition to that, in the interim we will continue to have CAP in place. We expect a 20% increase in terms of financing under CAP this year. It increased last year—do not hold me to the exact figure—in the neighbourhood of about 18%. So there has been a dramatic increase in terms of federal funding under CAP.

Mr. Dingwall, when you ask me what we are doing to encourage the creation of new spaces, we will guarantee on an absolutely open-ended basis that 50¢ out of every eligible dollar spent by a province, with no cap on it, will be cost-shared by the federal government. That is a significant open-ended commitment. The important thing about CAP is that it is geared particularly to persons in need or likely to be in need, and this will particularly serve the people you are referring to who have urgent difficulties.

You also put your finger on the issue of Indian child care, where there is a serious lack in Canada today. We will definitely be bringing back a program to deal with Indian child care. A good percentage of the child care initiatives grants to date have gone to needs assessments

[Traduction]

Des mesures ont d'ores et déjà été prises en ce qui concerne les conditions d'emploi au gouvernement fédéral, et je compte écrire aux organisations du secteur privé pour les encourager à en faire autant. J'ai en effet la ferme intention de donner l'exemple dans ce domaine.

M. Dingwall a évoqué la question de la Société canadienne d'hémophilie, qui est justement le premier groupe avec lequel je me suis entretenu en ma qualité de ministre de la Santé. Nous sommes en train d'élaborer les modalités d'aide qu'on pourrait éventuellement leur accorder ainsi qu'à d'autres groupes, mais je ne voudrais pas susciter de faux espoirs ni fixer des délais illusoires.

Donc, nous poursuivons la consultation, et des propositions seront peut-être soumises au Conseil des ministres. Je ne peux pas vous dire quand car cela dépend du calendrier des travaux du Conseil des ministres. Mais le problème des hémophiles est effectivement urgent car plusieurs centaines d'entre eux sont déjà séropositifs, et il y a eu un certain nombre de décès comme le Dr Wilbee vous l'a expliqué hier. Donc le problème est urgent.

La question des garderies d'enfants est effectivement une question prioritaire. Je puis vous assurer que ce n'est qu'à contrecœur que le gouvernement a été obligé de distinguer entre les programmes existants et les nouveaux programmes qui seraient remis à plus tard. Cette décision n'a pas été prise à la légère, je puis vous l'assurer, et si elle l'a été, c'est parce que la situation financière du pays est vraiment dramatique.

Il est regrettable que la Loi n'ait pas été adoptée au cours de la dernière législature. Il ne sert à rien de chercher à fixer les responsabilités. Quoi qu'il en soit le gouvernement s'est engagé à respecter ses objectifs dans ce domaine.

Entre-temps, le Régime d'assistance publique existe toujours et, cette année, il bénéficiera d'une augmentation de crédit de 20 p. 100. L'an dernier l'augmentation a été, je crois, de 18 p. 100. Donc le Régime d'assistance publique a bénéficié d'augmentations très substantielles.

Pour ce qui de la création de nouvelles places, je puis vous confirmer que, pour chaque dollar dépensé par les provinces, le gouvernement fédéral versera la moitié, sans qu'un plafond soit fixé, ce qui représente un engagement de taille. Le Régime d'assistance publique du Canada est en principe destiné aux personnes dans le besoin ou qui sont confrontées à des problèmes urgents.

Vous avez par ailleurs évoqué la garde des enfants indiens, qui laisse fort à désirer. Nous comptons prendre des mesures pour redresser la situation. Jusqu'à présent, nous avons cherché à déterminer les besoins en matière de garde d'enfants pour les enfants autochtones et, lorsque

[Text]

for Canadian natives, and we will be getting the results of those and trying to design a program that meets those needs. It must be a priority for us.

Mr. Dingwall, I do not know whether I have missed any of the issues you raised, but I have tried to deal with each of them.

The Chairman: I would remind members that a nine-minute question will probably elicit a nine-minute answer.

Mr. Beatty: That was brief for me, Mr. Chairman.

The Chairman: If we are to continue that, I think it is only to the disadvantage of some of your own members. If we do that on the first round, we would have time for two five-minute questions.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): I too would like to thank the minister for his comments and welcome the positive view with which he presents the government's alternatives. I would indicate that in dealing with these crucial issues of health care—and I will concentrate on health care—we in the New Democratic Party are keen to do whatever we can to ensure that our health care system is as good as it can be. In particular, as you know, we have a major commitment over time, and in particular my own province of Saskatchewan, to the health care system for the betterment of the health status of Canadians.

• 1620

I would like to ask three or so questions about the direction of the health care system, and then a couple of specific things following up on what Mr. Dingwall has asked.

I wonder whether you consider health care to be a right that should be available to all Canadians irrespective of where they live, their economic resources, and so on. Or do you share the view of the National Citizens' Coalition and some of the business groups that have been arguing for privatization of various chunks of our health care system, in spite of the evidence to the contrary flowing out of the United States? That is one question.

I would like to ask another general question about philosophy with regard to user fees and extra billing. Would you be able to confirm today that you and your government are committed to the Canada Health Act remaining untouched in the area of user fees and extra billing? That is my second question.

My third question. We could, I am sure, get into a definition of cuts. I hope we will not do that. Reducing the increase in EPF to 3% below the increase in GNP, which I will call a cut but you probably will not—

Mr. Beatty: You are right.

[Translation]

nous aurons les résultats, des mesures seront mises en place pour répondre aux besoins car c'est une question prioritaire.

Je ne sais si j'ai répondu à toutes vos questions, monsieur Dingwall.

Le président: Je tiens à vous rappeler que si chaque député prend neuf minutes pour poser ses questions, il doit s'attendre à ce que la réponse dure elle aussi neuf minutes.

M. Beatty: J'ai pourtant essayé d'être bref, monsieur le président.

Le président: En posant des questions aussi longues, vous ne faites que desservir vos propres collègues. Sinon vous auriez pu poser deux questions de cinq minutes chacune.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Je voudrais tout d'abord remercier le ministre de son intervention et le féliciter de la façon dont il présente les options du gouvernement. Je puis vous assurer que le Nouveau parti démocratique fera de son mieux pour que nous ayons le meilleur régime de soins de santé possible. Comme vous le savez certainement, nous attachons la plus grande importance au régime de soins de santé pour le pays tout entier et pour ma propre province de la Saskatchewan en particulier.

Je voudrais donc vous poser deux ou trois questions sur l'avenir des régimes des soins de santé, ainsi que deux questions plus spécifiques qui découlent des remarques de M. Dingwall.

À votre avis, tous les Canadiens ont-ils droit à des soins de santé de qualité quels que soient leur domicile et leurs revenus, ou bien au contraire partagez-vous le point de vue de la «National Citizens' Coalition» et de certains milieux d'affaires qui préconisent la privatisation partielle de notre régime de soins de santé, et ce malgré les preuves de la nocivité du système américain.

Je voudrais également vous poser une question concernant le ticket modérateur et la surfacturation. À cet égard pouvez-vous nous assurer que le gouvernement est bien décidé à respecter et à ne pas modifier les dispositions de la loi canadienne sur la santé en ce qui concerne les ticket modérateur et la surfacturation. Voilà donc ma deuxième question.

Il faudrait peut-être définir ce que l'on entend par réductions. Ainsi moi j'estime que plafonner la hausse du financement des programmes établis à 3 p. 100 en-dessous de l'augmentation du produit national brut est une réduction, ce que vous nieriez sans doute.

M. Beatty: Tout à fait exact.

[Texte]

Mr. Axworthy: —will take some \$4 billion out of the health care system over the next five, six, seven years. What effects do you foresee those cuts having? We already have seen problems with lack of availability of service; there are well-known publicized cases. What effects do you see those cuts having? And do you think that is wise at this time, bearing in mind the issues that exist within the health care system?

My last question is with regard to a general issue. It relates specifically to national standards of health care, in which I think you will agree the federal government and your department have a major role. I would like to ask you what your department is doing to ensure a national standard of health care, bearing in mind fairly wide variations across the country, not only with regard to rural and urban but with regard to urban and urban, province to province. There are some fairly significant differences across the country, so I would like to ask you what you are doing to ensure that there are indeed national standards. I would also like to ask specifically what role you see your department playing in planning the health care system, which I think would give rise to more money spent on prevention, more money spent on promotion, more attention paid to the true causes of health problems—poverty, the environment, and so on.

Then I have two specific questions. First of all, following up on the AIDS question, which Mr. Dingwall raised, I think I can sense from the comments you made that you are disturbed at the lack of an AIDS plan and that there has been, in Dr. Gilmour's words, foot-dragging, office politics, and broken promises throughout the first term of your government. I wonder if you can give an indication today of when that procrastination will stop, when we will have an AIDS plan. I agree with you that consultation is desirable, but I think most AIDS groups will agree that consultation is one thing, procrastination and delay is another.

Following up also on the hemophiliac case, I think there are over 900 hemophiliacs testing HIV positive. I wonder whether you can indicate fairly specifically when they might receive funds to assist them, or whether you have any particular comments to make on your suggestion for a national compensation plan.

My last question is with regard to food safety, entirely unrelated to the others, I think. I would like to ask you whether you think our food is adequately monitored. In one way or another, I presume you will indicate something positive about that. I wonder in that case what you have to say about the grapes issue and the Alar question. Canadians have fairly serious concerns about the quality, or about the safety, I suppose, and the health risks involved in the food that comes across their tables.

That is only five minutes, and that gives you five minutes.

[Traduction]

M. Axworthy: Mais cela reviendra à priver notre régime de soins de santé de 4 milliards de dollars sur une période de cinq à sept ans. Quelle sera l'incidence de ces réductions. Il a été beaucoup question dans les médias de longues attentes pour certaines interventions. Ne pensez-vous pas que ces réductions auront un effet néfaste sur notre régime des soins de santé?

Enfin je voudrais vous poser une question d'ordre plus général. Elle se rapporte aux normes nationales en matière de santé, qui relèvent du gouvernement fédéral et notamment de votre ministère. Pourriez-vous donc nous dire ce que vous faites pour assurer l'uniformité des soins de santé dans le pays tout entier, compte tenu des conditions qui varient énormément d'une région du pays à l'autre, notamment entre les régions urbaines et rurales ainsi que dans les centres urbains eux-mêmes? Compte tenu de cette grande diversité de conditions, je voudrais savoir ce que vous comptez faire pour mettre en place des normes nationales en matière de soins de santé. Pourriez-vous également nous dire ce que vous comptez faire en matière de prévention ce qui bien entendu exigera des crédits, et si vous comptez attacher plus d'importance aux causes véritables des problèmes de santé à savoir la pauvreté, l'environnement, etc.?

D'après la réponse que vous avez faite à M. Dingwall au sujet du SIDA, j'ai cru comprendre que l'absence d'un plan dans ce domaine vous préoccupe car d'après le Dr Gilmour, au cours du premier mandat de votre gouvernement, on s'est borné à faire traîner les choses en longueur, à jouer le jeu politicien et en général à ne pas respecter les engagements pris. Quand comptez-vous mettre enfin un terme à ces attermoissements et mettre en oeuvre un plan SIDA. La consultation dans ce domaine est bien entendu souhaitable, mais consultation ne signifie pas attermoisement.

Par ailleurs il y aurait plus de 900 hémophiles séropositifs dans le pays. Avez-vous l'intention de prendre des mesures à l'échelon national pour les dédommager et leur verser de l'argent pour les aider.

Enfin je voudrais vous poser une question concernant la salubrité des produits alimentaires. À votre avis la surveillance des produits alimentaires est-elle suffisante? Je présume que vous me répondrez par l'affirmative. Dans ce cas qu'avez-vous à dire des raisins du Chili et du produit chimique Alar utilisé sur les pommiers? Les Canadiens sont inquiets au sujet de la qualité et de l'innocuité de certains de nos produits alimentaires.

Comme je n'ai parlé que cinq minutes, cela vous laisse cinq minutes pour répondre.

[Text]

• 1625

Mr. Beatty: Again, Mr. Axworthy, let me thank you for your kind words in introduction.

Your first question was, is health care a right? Yes, it is, and one of the things that makes us unique as Canadians is our system of publicly funded health care.

I read an article in the *Sunday Chicago Tribune* a month or a month and a half ago that set it in perspective for me. I have grown up under medicare and, like most Canadians, I take it as a given, as a basic right. I found it quite extraordinary, in reading the article, to see a reference made to the positive thing about our medicare system being that it was available and would not bankrupt anyone. The negative thing, from an American perspective, was that people with money could not buy better service. I found that extraordinary. It is like saying that it is negative that people with more money cannot buy better justice than people who do not have money. That is certainly not the Canadian way, and there should be one standard for every Canadian, whether in health care or in justice, and we are determined to try to preserve that. We are not contemplating changes to the Canada Health Act at present.

You will not be surprised by my response to your question about the increase in EPF. You have referred to our taking \$4 billion out; in fact, over the next five years we will be increasing by \$20 billion or \$25 billion. . . I am getting old and my memory is going, but I believe it is \$25 billion in the next five years.

You certainly raise a fair question: is there an effect of this? One point that is being made by health care practitioners and by provincial ministers across the country, and that I share as well, is that if we had all the resources in the world we would not have enough money to continue with an approach that simply deals with curing disease after it takes place. The cost of doing that is increasing dramatically in Canada, and you are absolutely correct when you suggest that what we have to be doing is shifting away from simply taking a curative approach in dealing with disease to taking a more holistic approach toward what health constitutes. We will be working in consultation with the provinces—you talked about the development of standards—and with the medical profession and with others to try to shift the focus away from dealing with disease to one that is dealing with health, to promote lifestyles that reduce disease and prevent it.

Most importantly, issues such as tobacco: Canada is a world leader in the issue of fighting the diseases caused by tobacco, but still 30,000 Canadians a year are dying as a result of tobacco-related diseases. I want to see that stopped. We could dramatically reduce the cost to the

[Translation]

M. Beatty: Je voudrais tout d'abord vous remercier de vos paroles aimables, monsieur Axworthy.

Pour ce qui est de votre première question, je dirais que les soins de santé sont certainement un droit et les Canadiens sont justement fiers de leur régime de soins de santé national.

Il y a un mois environ je lisais un article à ce sujet dans le *Sunday Chicago Tribune*. J'ai toujours connu le régime de soins de santé au Canada et comme tous mes concitoyens, estime que les soins de santé font partie des droits fondamentaux. J'ai donc été très frappé de lire dans cet article que notre régime d'assurance-maladie avait ça de bon que personne ne risquait la faillite à cause d'une maladie. Par contre, selon l'auteur de cet article, le défaut de notre régime réside dans le fait qu'il est impossible d'obtenir des soins de santé de qualité supérieure même contre argent sonnante et trébuchante, ce que je trouve tout à fait extraordinaire. Cela reviendrait à dire qu'il est regrettable que les riches ne puissent pas être mieux traités par la justice que les pauvres. Nous estimons quant à nous au Canada que tout le monde doit être traité sur un pied d'égalité, riche ou pauvre, que ce soit au plan de la santé ou au plan de la justice. Donc il n'est pas question de modifier la Loi canadienne sur la santé.

Ma réponse au sujet de votre question relative au sujet de l'augmentation du financement des programmes établis ne vous surprendra sans doute guère. Vous disiez que l'assurance-maladie perdrait quatre milliards alors qu'au contraire, nous prévoyons un supplément de 20 à 25 milliards pour la santé au cours des cinq années à venir. Je dois être en train de perdre la mémoire car je suis pratiquement sûr que c'est 25 milliards de dollars en plus sur les cinq années qui viennent.

Voici ce que je peux vous dire quant à l'incidence de ces mesures. Tout le personnel de santé ainsi que les ministres provinciaux de la santé sont d'accord pour dire que même avec un budget illimité, il n'y aura pas moyen d'en venir à bout si l'on se borne à essayer de soigner les maladies plutôt que les prévenir. Les coûts de la santé ont augmenté de façon vertigineuse au Canada et il faudra donc effectivement changer d'approche en cherchant non pas tellement à guérir mais plutôt à prévenir. Donc de concert avec les provinces et les personnels soignants, nous essaierons d'insister davantage sur la santé et la prévention et d'encourager à cet effet les modes de vie susceptibles de prévenir les maladies.

Le Canada se situe à l'avant-garde en ce qui concerne la lutte contre le tabagisme et les maladies qu'il provoque; néanmoins, 30,000 Canadiens continuent à mourir chaque année de maladies induites par le tabac. Il faut arrêter cette hécatombe. Cela réduirait très sensiblement

[Texte]

Canadian taxpayer of providing medical services if we were successful there, as well as ending a tremendous amount of human misery.

Similarly, we are starting Canada Fitness Week. There are actions every Canadian can take to make himself or herself more healthy, and happier as a result, too. I share the emphasis you are putting on it, that what we should be doing is shifting resources in that direction. I would like to see us do that.

We do have a plan on AIDS, again at the federal level. One of the things we have done badly is to communicate the things we have done to date, and there have been a great number of things. But what we do not have is a national strategy. I could concoct a national strategy today and I could have presented it to the committee. It would be easy to do, but it would not work. It will only work if all of the interested partners feel that they have been part of the development of the policy, and the commitment I made to groups I have met with is that we will have a process of consultation. I want to see them placed this year, but it will come following consultation and I want to see all of the interested groups involved in helping to develop that.

You also raised the issue of hemophiliacs. We are working on a policy. Our concern is to ensure that whatever program we have is one that treats all people fairly in the different groups. We want to work from principles in terms of the basis on which extraordinary payments would be made to groups who have been medically damaged in one way or another. How do you determine how much is enough? How does one apply? How do payments get made and so on? We are trying to develop a program that will insure that everybody who falls into that sort of a category is fairly treated.

• 1630

We will be doing it as quickly as possible. We are continuing to speak to the groups themselves. Then I will have to go to my Cabinet colleagues to seek their approval. I will bring it back as soon as I can.

Finally, with regard to the food supply, I think Canada has one of the cheapest, most varied and safest food supplies of any country of the world. It is in the interest of all of us—farmers, retailers, governments, consumers alike—that we work together to improve food safety.

You mentioned the Chilean grape situation, and you are absolutely right in doing so. One of the things it indicates is the vulnerability of a free society to people who would hold the health of the rest of society to hostage. We cannot post an inspector at every refrigerator. As a consequence then, it is going to be important for us to find ways of working together to deal with this issue. I will be making some concrete proposals as to how we can bring together the various elements in the food chain, including consumers, to look at ways of improving food

[Traduction]

les dépenses de santé sans parler des souffrances humaines.

Nous allons par ailleurs lancer la Semaine canadienne du conditionnement physique car nous pouvons tous faire quelque chose pour être plus en forme et donc moins sujets aux maladies, ce qui d'ailleurs contribuera à notre bonheur. Je suis donc tout à fait d'accord avec vous lorsque vous dites qu'il faudra désormais insister davantage sur ces questions.

D'autre part le gouvernement fédéral a institué un plan de lutte contre le SIDA. Sans doute n'avons-nous pas fait un effort suffisant pour expliquer tout ce qui a été fait jusqu'à présent à cet égard. Mais il n'existe pas de stratégie nationale en matière de SIDA. Élaborer une stratégie de ce genre serait un jeu d'enfant mais cela ne donnerait rien. Pour qu'une stratégie de ce genre donne des résultats, il faut que toutes les parties intéressées y contribuent et c'est dans cette optique que j'ai fait savoir aux groupes que j'ai rencontrés qu'ils seraient tous consultés. J'espère donc que cette stratégie sera arrêtée dans le courant de l'année à l'issue de la consultation qui aura lieu auprès de toutes les parties intéressées.

Pour ce qui est des hémophiles, nous sommes en train d'élaborer un ensemble de mesures. Il s'agit avant tout de traiter tout le monde de façon équitable. Il faut établir les principes qui régiront les modalités d'indemnisation éventuelle des personnes atteintes dans leur santé. Il s'agit entre autres de fixer les montants de cette indemnité, les conditions de demande, les modalités de versement, etc. Nous allons mettre au point un système qui devrait nous permettre de traiter tout le monde de façon équitable.

Nous comptons bien entendu faire diligence. Nous poursuivons notre consultation des groupes intéressés. Ensuite je soumettrai le projet au Conseil des ministres et je vous en ferai part dès que possible.

Pour ce qui est de notre alimentation, il est peu de pays au monde où celle-ci soit moins chère, plus variée et de plus haute qualité. Nous avons donc tous intérêt—qu'il s'agisse d'agriculteurs, de détaillants, de gouvernements, de consommateurs—de coopérer pour veiller à la salubrité de nos produits alimentaires.

Vous avez bien fait d'évoquer le cas des raisins chiliens, cas qui prouve que dans un pays libre comme le nôtre, il est difficile de se prémunir contre un individu prêt à tous les chantages. On ne peut quand même pas poster un inspecteur à côté de chaque réfrigérateur. Il va donc falloir trouver un moyen de régler ce problème. Nous comptons faire des suggestions sur la meilleure façon de réunir tous ceux qui, à un titre ou à un autre, ont un rôle à jouer dans notre approvisionnement, y compris les consommateurs bien entendu, pour renforcer davantage

[Text]

safety and to ensure that consumer confidence in the food supply can remain high.

Finally, you mentioned the issue of Alar. I am confident of the safety of apples and apple products in Canada. I am aware of the study that has been done by the Natural Resources Defence League in the United States, and aware as well of work that is being done by the Environmental Protection Agency in the United States. At the lowest level of Alar that was found to cause cancer in mice, it would require a concentration of 250,000 times as much as what young Canadians ingest. The risk would be greater from explosion than it would be from cancer before you got to that point.

Mr. Axworthy: Do you mean the apple exploding?

Mr. Beatty: No. The child by the time you crammed that much in.

My real worry about the Alar scare is it may have affected children's and parents' habits in terms of what children drink. I am afraid they may have gone off health products such as apples and gone into sugary beverages which can be damaging to their health.

My responsibility as Minister of Health and Welfare is to say whether there is a health threat. On the basis of all the expert evidence—and Dr. Liston is here as well—that is available to us today, the answer is no, not at the levels at which we find Alar today.

There is a second issue as to whether producers themselves, for their own marketing reasons, may choose to discontinue the use of Alar. This is being done in British Columbia. They may choose to do so, just to reassure Canadians who have been concerned. But I do not believe that today the scientific evidence exists that would justify our ordering the discontinuance of it with the consequent effect of possibly higher prices to consumers.

Mr. Axworthy: It is exhausting.

Mr. Beatty: If you think it is exhausting for you. . .

Mr. Wilbee (Delta): Mr. Minister, thank you very much for coming and spending this time with us.

I know that in this particular field there are many more questions than there are answers. We appreciate the way you have attacked many of the problems you have faced in the short time you have been minister. I know you are going to be very, very successful.

One of the things that Canada has been noted for is its poor record in research, not only in medical research but also in industry. I was wondering if your department has any policy—or how do you see the role of the federal government in medical research primarily and other things such as child abuse? What do you see your role, or the department's role, being in Canada?

I have eight questions, but I will not give them all to you. We will do them one at a time.

[Translation]

les contrôles de la salubrité des produits alimentaires de façon que les consommateurs puissent manger en toute confiance.

Pour ce qui est de l'Alar, je suis convaincu que les pommes et les produits fabriqués à partir des pommes ne présentent aucun danger au Canada. Je sais qu'une étude a été faite par la Natural Resources Defence League aux États-Unis ainsi que par l'Agence américaine de protection de l'environnement. L'équivalent des doses minimum qui provoquent les cancers chez les souris correspondrait à une concentration 250,000 fois plus élevée que ce que l'on trouve chez les enfants canadiens. Le risque dans ce cas serait plutôt de mourir d'explosion et non pas de cancer.

M. Axworthy: Vous voulez dire que c'est la pomme qui exploserait?

M. Beatty: Non. C'est l'enfant qui exploserait.

Je crains que la panique au sujet de l'Alar, n'ait poussé certains parents à remplacer le jus de pomme par des boissons sucrées qui sont, elles, certainement nuisibles à la santé.

En ma qualité de ministre de la santé, il m'incombe d'informer le public chaque fois que la santé publique est en danger. Donc, je puis vous assurer, et le Dr Liston pourra le corroborer, que la teneur des pommes en Alar ne présente aucun danger pour la santé.

Il se peut par contre que les producteurs, pour des raisons de commercialisation, décident de ne plus utiliser l'Alar, décision qui a notamment été prise en Colombie-Britannique pour rassurer les consommateurs canadiens. Mais jusqu'à nouvel ordre, il n'existe pas de preuve scientifique pour justifier l'interdiction de l'Alar, qui risquerait d'entraîner une hausse des prix.

M. Axworthy: C'est exténuant.

M. Beatty: Pas rien que pour vous. . .

M. Wilbee (Delta): Je tiens moi aussi à vous remercier de votre comparution.

Dans ce domaine il est souvent plus facile de poser des questions que d'y trouver des réponses. Vous avez certainement abattu pas mal de travail depuis le temps que vous occupez votre nouveau portefeuille, ce qui augure bien de l'avenir.

Le Canada n'est pas très connu pour ses travaux de recherche, pas plus en médecine que dans l'industrie. Quel est à votre sens le rôle du gouvernement fédéral dans la recherche médicale ou pour la prévention du mauvais traitement des enfants?

J'ai huit questions à vous poser mais je vous les poserai une à la fois.

[Texte]

Mr. Beatty: I think we have a key role to play, both in terms of research that is being done by the Medical Research Council among others in terms of financing research projects, and also direct research.

On the issue of child abuse that you mentioned, Mr. Rix Rogers is my special adviser on child abuse. He is completing a comprehensive study in which he has involved literally thousands of Canadians. This will be a pioneering study. It will have, for the first time, some awareness of really how big the problem is. It will give us the base of information that we need to act on the problem.

• 1635

In a whole range of areas I am struck by the amount of research being done by the department. Mr. Dingwall put his finger on one of the problems. There is a great deal of research out there of which people may not be aware. Perhaps one of the things we could be doing better is to help Canadians tap research that is being done. It would certainly help the parliamentary committee to do that.

Mr. Wilbee: Is the role of government to co-ordinate? There is a network of journals, videos, meetings and all types of things. Is it a major role of government to co-ordinate these researches that are being done?

Mr. Beatty: Not to direct it all or to have some sort of veto on work being done outside of government, but to help to foster the exchange of information and to help to ensure that research we pay for is freely available. I am astonished in the four months I have been here to see the range of research we are doing or paying for. There is a great deal we can be doing to encourage more and better sharing of information.

My deputy minister also mentioned to me that one of the areas in which research could be stimulated is through Bill C-22, where there will be more research into medicines in Canada to try to develop cures for diseases. That is important. There can never be enough research done. I think it is important that where we have done it, the information be widely disseminated.

Mr. Wilbee: One of the other problems we have in government is that each department is thought to have their own little empire. We have been talking about Indian health and so on. How are you going to improve the co-ordination between your department and Indian Affairs? Is there any program to improve the co-ordination of the programs, so there is no duplication and you each know what the other is doing?

Mr. Beatty: I smiled a bit when you mentioned that. One of the things we have already done is to steal a good number of staff from Indian Affairs and bring them over to our own department. This has been very helpful to us

[Traduction]

M. Beatty: Nous avons un rôle essentiel à jouer dans le domaine de la recherche vu que c'est le gouvernement fédéral qui finance les travaux du Conseil de recherches médicales.

D'autre part, M. Rix Rogers est mon conseiller spécial pour les questions relatives aux enfants maltraités. Il est justement en train de mettre la dernière main à une vaste étude portant sur des milliers de Canadiens. Cette étude s'engage sur une voie toute nouvelle, elle nous permettra, pour la première fois, de nous faire une idée de l'ampleur du problème et de recueillir les informations dont nous avons besoin pour y faire face.

Dans beaucoup de domaines je suis frappé par la somme de recherches accomplies par le ministère. M. Dingwall a mis le doigt sur un des problèmes. Des recherches importantes ont été effectuées mais les gens ne sont pas toujours au courant. Il y aurait probablement lieu d'aider les Canadiens à mieux utiliser les recherches qui existent. Pour le comité parlementaire, ce serait sûrement très utile.

M. Wilbee: Est-ce que le gouvernement est désigné pour jouer ce rôle de coordination? Il y a tout un réseau de journaux, de vidéos, des réunions, etc. Est-ce qu'il appartient au gouvernement de coordonner toutes ces recherches?

M. Beatty: Il n'appartient certainement pas au gouvernement de diriger tout ce qui se passe ou d'imposer des interdictions aux gens qui font de la recherche en dehors du gouvernement, mais il peut certainement favoriser les échanges d'information et s'assurer que la recherche que nous payons est bien disséminée parmi ceux qui en ont besoin. Depuis quatre mois que j'occupe ce poste, je ne cesse de m'étonner de la portée de la recherche que nous effectuons, que nous payons. Nous pouvons faire beaucoup pour encourager le partage de l'information.

Mon sous-ministre m'a fait observer également qu'on pourrait stimuler la recherche dans le cadre du projet de loi C-22 qui porte sur la recherche pharmaceutique. C'est un domaine important où on ne saurait faire trop de recherches. Et quand on parvient à des résultats, il est particulièrement important de les disséminer le plus largement possible.

M. Wilbee: Le gouvernement a un autre problème qui tient à ce que chaque ministère se considère comme un petit empire. Nous avons parlé de la santé des Indiens, entre autres choses; comment avez-vous l'intention d'améliorer la coordination entre votre ministère et celui des Affaires indiennes? Avez-vous prévu un programme pour améliorer la coordination des programmes et éviter de refaire quelque chose qui a déjà été fait.

M. Beatty: Ce que vous dites me fait sourire car nous avons déjà réussi à voler des employés des Affaires indiennes et à les convaincre de venir travailler chez nous. Pour nous, c'est très utile car ce sont des gens qui

[Text]

in Health and Welfare in terms of ensuring that we have people who have first-hand experience with the delivery of services.

I think you are absolutely right about the co-ordination of services. There is a good relationship between DIAND and us in terms of co-operation and serving our client group. One of the vehicles for ensuring better co-ordination is the Cabinet committee system. I chair the Cabinet committee on health and human resources. One of the things we want to look at is a human resources strategy for Canada, not simply an employment strategy. How do we tap the human potential out there? How do we prepare through education and training and so on to adapt to a changing society?

Similarly, by being vice-chairman of the environment committee, which is a new committee of Cabinet, I will be able to be involved as decisions are taken with regard to anything touching on the environment and human health. That will ensure better co-ordination between Environment and ourselves in an area where there is no clean delineation of responsibility. We share the responsibility and we have to work closely together. The Cabinet committee system can help to do that.

Similarly, a device such as the Royal Commission of Inquiry into New Reproductive Technologies will cut across legal, ethical, scientific lines and help to bring people together to look for new solutions to these new challenges.

Co-ordination will never be as good as we would like it to be, but I think we have taken some important steps to improve it.

Mr. Wilbee: Last year Parliament passed legislation regarding smoking and use of tobacco. Why has it not been implemented?

Mr. Beatty: I am not the minister responsible. The Ministers of Transport and Labour are the ministers who have assumed the responsibility. The difficulty was that some of the provisions in the bill would have been unenforceable. I in particular want to see an amended version of that bill passed by Parliament at an early date and proclaimed. My colleagues will be seeking co-operation from Members of Parliament to bring the bill back to Parliament, pass it rapidly and proclaim it—have it in place.

• 1640

Mr. Wilbee: Another specific area there has been a lot of public comment on is the labelling of food products, not only food in restaurants but prepared foods of various types. Is there a policy you have developed on this?

Mr. Beatty: Yes, there is, in a couple of different areas. A major share of the responsibility for labelling is obviously Consumer and Corporate Affairs. One of the

[Translation]

ont une expérience directe des services de santé et de bien-être.

Vous avez parfaitement raison quand vous parlez de la coordination des services. Nous entretenons de bonnes relations avec le ministère des Affaires indiennes et cela nous permet de coopérer et de bien servir notre clientèle. Le système des comités du Cabinet est un excellent moyen d'assurer cette coordination. Je suis président du comité du Cabinet sur la santé et les ressources humaines. Nous voulons, entre autres choses, adopter une stratégie des ressources humaines qui ne soit pas une simple stratégie de l'emploi. Comment faire pour exploiter au maximum le potentiel humain de notre pays? Comment prépare-t-on les gens à l'évolution de la société par l'éducation, la formation, etc.?

De la même façon, étant vice-président du comité de l'environnement, un nouveau comité du Cabinet, je vais pouvoir participer aux décisions concernant l'environnement et la santé humaine. Cela permettra d'établir une meilleure coordination entre le ministère de l'Environnement et le nôtre dans les domaines où nos responsabilités respectives ne sont pas bien nettement délimitées. Nous partageons ces responsabilités et nous devons donc travailler en étroite collaboration. Le système des comités du Cabinet peut nous aider beaucoup.

Il y a également la Commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de la reproduction qui permettra de regrouper des gens pour trouver de nouvelles solutions à ces nouveaux défis en effaçant les frontières juridiques, déontologiques et scientifiques.

Nous n'atteindrons jamais un degré de coordination idéal, mais je pense que nous avons pris des mesures majeures pour améliorer la situation.

M. Wilbee: L'année dernière le Parlement a adopté un projet de loi sur la cigarette et le tabac. Pourquoi n'a-t-il pas été appliqué?

M. Beatty: Je ne suis pas le ministre responsable. Les ministres des transports et du travail sont responsables de ce secteur. Le problème, c'est qu'on savait dès le départ que certaines dispositions du projet de loi seraient impossibles à faire respecter. Personnellement, j'aimerais bien que le Parlement adopte et proclame une version de ce projet de loi le plus tôt possible. Mes collègues ont l'intention de soumettre à nouveau le bill au Parlement et ils demanderont aux députés de l'adopter et de le proclamer le plus rapidement possible.

M. Wilbee: On a beaucoup parlé également de l'étiquetage des produits alimentaires, non seulement dans les restaurants, mais également les différents produits préparés. Est-ce que vous avez arrêté une politique à ce sujet?

M. Beatty: Oui, effectivement, dans deux secteurs différents. Évidemment, c'est le ministère des Consommateurs et des Sociétés qui est le principal

[Texte]

concerns Members of Parliament have had has been on the issue of restaurant foods and whether or not people with allergies are able to know what the contents of the foods are. There is a great difficulty with that today because it is very, very difficult for your average corner diner to be able to say with precision what all the individual ingredients are that go into the hamburger plate you have ordered.

On the other hand, what we have done is to approach the private sector, to approach industry, and to deal particularly with chain operations and fast-food outlets. It is in their interests to be able to give information to their customers on what is in their product. Because of standardization and quality control in these outlets, it is possible for them to do that. What we are doing is developing procedures with them that will enable people with food allergies who go into fast food outlets to ask to see a description of what the products are in the various foods they might be ordering. We will also be working with them to develop standardized descriptions of what those products are that would be of concern to people with allergies.

Secondly, in the broader sense I fully agree with what I think is the gist of your question, which is that we have an obligation to consumers to give them the broadest possible consumer information so they can make informed choices. I strongly favour that. I think the Americans have made great strides in packaging to give their consumers information on the nutritional elements of food. I would favour our doing more here.

Mr. Wilbee: I was just thinking specifically of health food stores. For anything you can buy in a drug store it is all laid out, but if you go into a health food store, herbal medications and so on sometimes do not have their ingredients listed. Is there any anticipation of...?

Mr. Beatty: As you know, there are continuing problems, and we get caught between a rock and a hard place on the issue of these remedies. I had better defer to Dr. Law on what the approach is at present. We are under pressures, obviously, to be more liberal in our approach to allowing products to be sold. On the other hand it is important that consumers know what is in the product.

Dr. M.M. Law (Deputy Minister, Department of National Health and Welfare): I think there are two aspects. One is that substances being marketed in food stores are not permitted to make health claims, so if they did make any kind of claims to be of value for specific illnesses they would be regarded as drugs and would be regulated as drugs. In addition to that we have been looking at what substances that could be toxic, particularly to some individuals, might be in those preparations—for instance, things that might affect pregnant women. We are moving to regulate to ensure

[Traduction]

responsable de l'étiquetage. Les députés se sont intéressés particulièrement au problème des aliments servis dans les restaurants et à la possibilité de connaître le contenu de ces aliments, quelque chose qui intéresse les gens, qu'ils aient des allergies ou non. Cela pose de grosses difficultés car à l'heure actuelle, le petit restaurant du coin de la rue aurait beaucoup de mal à déterminer précisément tous les ingrédients qui entrent dans la composition de l'assiette de hamburger que vous avez commandée.

D'un autre côté, nous avons contacté le secteur privé, les industries de ce secteur, et en particulier les grandes chaînes de restauration rapide. Ces sociétés ont tout intérêt à communiquer des informations à leurs clients, d'autant plus que la standardisation et les contrôles de qualité exercés par ces sociétés leur facilitent la tâche. Nous sommes donc en train de préparer des procédures avec leur collaboration et les gens qui ont des allergies pourront demander à voir une description du contenu des aliments qu'ils peuvent commander. Toujours avec ces industries, nous avons l'intention de mettre au point des descriptions standardisées de produits susceptibles d'inquiéter les personnes allergiques.

Deuxièmement, si j'ai bien compris votre question, je suis tout à fait d'accord avec vous, nous avons une obligation envers les consommateurs, nous devons leur communiquer le plus d'information possible pour leur permettre de faire des choix avisés. Je suis tout à fait en faveur de cette tendance. Je pense que les Américains ont fait de gros progrès dans le domaine du conditionnement, ils offrent à leurs consommateurs beaucoup d'information sur les éléments nutritifs des aliments. J'aimerais que nous-mêmes fassions plus dans ce sens.

M. Wilbee: Je pensais en particulier aux magasins de produits naturels. Dans une pharmacie, tout est expliqué, mais dans un magasin de produits naturels, les herbes thérapeutiques, etc., les ingrédients ne sont pas toujours indiqués. Est-ce que vous pensez pouvoir...?

M. Beatty: Comme vous le savez, c'est un domaine où les problèmes sont loin d'être résolus et nous nous trouvons un peu coincés. Je vais demander au D^r Law de vous expliquer la situation actuelle. Il y a d'une part les clients qui nous demandent d'être plus libéraux, d'autoriser la vente d'un plus grand éventail de produits. Mais d'autre part, il faut également que les consommateurs sachent ce que contiennent les produits qu'ils achètent.

Dr M.M. Law (sous-ministre, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Il y a deux aspects; d'une part, les substances qui sont vendues dans les magasins d'alimentation ne doivent pas avoir de prétention thérapeutique. Par voie de conséquence, tout produit qui prétend lutter contre des maladies particulières doit être considéré comme un médicament et réglementé à ce titre. D'autre part, nous avons cherché à déterminer dans quelle mesure ces produits contiennent des substances qui pourraient être toxiques, surtout pour certaines personnes, par exemple pour les femmes enceintes. Nous

[Text]

those substances cannot be present in preparations sold in food stores.

Mr. Beatty: Mr. Chairman, my staff just tells me I may have made an error when I said Transport and Labour were responsible for Bill C-204. It was Justice and Labour, they tell me.

Mr. Simmons: I want to congratulate the minister. It is the first opportunity I have had to do so formally. His well-known reputation for thoroughness should serve the department well. I wish him well.

I want to come back very quickly to the matter Mr. Dingwall raised, the child care issue. Much can be said about it, but I want to move on.

• 1645

I want to make one specific point to the minister, and he might want to respond to it. I think he will agree, partisanship aside, on what constitute cuts and so on and so forth. Provinces such as Newfoundland and Labrador, which I have the privilege to represent, have difficulty finding their share of the money for child care spaces. Under the 50:50 arrangement there is a built-in and very severe constraint on the number of spaces that can be provided in provinces such as Newfoundland and Labrador, because of the ability to pay that I have mentioned.

I want to move on. The minister has mentioned the issue of family violence. I want to pick up on that for a moment. I think we all agree that a lot of progress has been made on this issue, and we also agree there is still a long way to go in dealing with the issue and its consequences. The role of Status of Women groups in particular across this country in creating public awareness of wife and child abuse is one I want to salute, and particularly to pay tribute to them for their rather significant contribution not only to creating public awareness but in helping to develop a coherent national approach to family violence.

The next area of family violence that I believe needs some closer scrutiny and attention is the abuse of the elderly. I want to make a point on that before putting a question to the minister. There are no valid statistics that I know of to indicate how widespread this problem is, but I understand that it is fair to assume that between 2% and 5% of the elderly in Canada are being abused in some form.

If you take a figure of 2.6 million Canadians over 65, then you are talking of numbers in the range of 500,000 to 1 million plus who are subject to various forms of abuse. That is a staggering statistic in what is supposed to be an enlightened society such as ours. If you extrapolate those figures, by the year 2001 you are going to have a problem of major proportions because at that point in

[Translation]

avons l'intention de réglementer ce secteur et d'interdire la vente de tels produits dans les magasins d'alimentation.

M. Beatty: Monsieur le président, mes collaborateurs me disent que je me suis trompé quand je vous ai dit que les ministères des Transports et du Travail étaient responsables du bill C-204. Ce sont plutôt le ministère de la Justice et celui du Travail.

M. Simmons: Je tiens à féliciter le ministre; c'est la première fois que j'ai l'occasion de le faire officiellement. Il a la réputation d'être très méticuleux, ce qui devrait être très bénéfique dans ce ministère. Je lui souhaite beaucoup de succès.

Je reviens sur la question soulevée par M. Dingwall, les services de garderie. On pourrait en parler longtemps, mais j'ai d'autres sujets à aborder.

Je vais commencer par une observation, le ministre pourra peut-être nous dire ce qu'il en pense. Indépendamment de toute partisanerie, je crois qu'il aura la même définition que moi de ce qui constitue une coupure, etc. Des provinces comme Terre-Neuve et le Labrador, que j'ai le privilège de représenter, ont du mal à obtenir leur part des fonds destinés aux services de garderie. Sous le régime de la répartition par moitié du coût, le nombre des places de garderie est sévèrement limité dans des provinces comme Terre-Neuve et le Labrador parce que, comme je l'ai mentionné, les gens ont du mal à payer leur part.

Je passe à un autre sujet. Le ministre a parlé de la violence dans les familles. Arrêtons-nous sur cet aspect-là un instant. Nous reconnaissons tous que beaucoup de progrès ont été accomplis dans ce domaine, mais nous reconnaissons également qu'il reste encore beaucoup à faire pour régler le problème et ses conséquences. Les groupes qui s'occupent de la condition féminine ont beaucoup fait pour faire connaître les problèmes de brutalité contre les enfants et les conjoints et je les en félicite, d'autant plus qu'en même temps, ils ont participé à l'adoption d'une démarche nationale cohérente face à la violence dans les familles.

Il y a un autre secteur qui mérite maintenant qu'on s'en occupe de plus près, celui des personnes âgées qui sont maltraitées. Avant de poser une question au ministre, je vous en donne le contexte. Que je sache, aucune statistique valide n'indique la portée du problème, mais apparemment, on peut supposer qu'au Canada, de 2 à 5 p. 100 des personnes âgées subissent des mauvais traitements.

Si vous considérez qu'il y a 2,6 millions de Canadiens qui ont plus de 65 ans, cela donne quelque chose comme 500,000 à 1,000,000 de personnes qui souffrent de mauvais traitements, sous une forme ou sous une autre. C'est une statistique renversante dans une société qui, comme la nôtre, se prétend éclairée. Si vous projetez ces chiffres, d'ici l'an 2001, le problème atteindra des proportions

[Texte]

time, I am told, 14% of our population will be seniors, 65 and over.

Of course the question comes: what has the federal government done? Apart from doing a survey, I am not sure what else it has done in this particular area. I would like the minister to tell me. The last thing we need is another survey to tell us about the financial exploitation, the cleaning out of bank accounts by relatives, the undernourishment of senior citizens and their personal hygiene being ignored, seniors in many case being beaten, being bruised, and being threatened with being put away or being thrown out all together. There is a whole litany of very real grievances that I could cite, but I would think the minister is aware of them, at least in broad brush.

I want to come to the question because I feel the time has come to begin in a serious way to address the issue of the abuse of the elderly. I wanted to ask the minister whether he would indicate what concerns he has for the mistreatment of Canada's elderly and what specific measures he has in mind to address the situation.

Mr. Beatty: First of all with regard to child care and the position of Newfoundland, I certainly understand the difficulty the poorer provinces have in putting up their 50% under CAP. One of the reasons why the government did not touch equalization as a means of trying to control federal transfers to provinces was precisely that. We wanted to ensure that poorer provinces were not asked to carry a disproportionate share of the burden of trying to deal with the federal debt.

There has been a windfall for the provinces as a result of the economic strength of Ontario. Payments under equalization have run literally in excess of \$1 billion ahead of what had been forecast by the Department of Finance. Those equalization payments can be used in have-not provinces to help improve the quality of services or to trigger payments under CAP. I had hoped in the area of child care that would be one of the sources Newfoundland might find to do that.

• 1650

About family violence and the abuse of the elderly, you quite correctly said we do not have a clear picture of how extensive this is at present. We are currently funding a survey of elders by Ryerson to determine the incidence of abuse, neglect, and exploitation of the elderly. As you quite correctly point out, the problem among seniors can be quite different from the problem among children. It is not sexual abuse, for example, of seniors that is the primary concern, nor is it necessarily physical violence, but it is such things as mismanagement of their financial affairs or neglect that can be the concern there.

[Traduction]

majeures car il paraît qu'à cette date, 14 p. 100 de notre population aura 65 ans et plus.

Évidemment, une question se pose: que fait le gouvernement fédéral? À l'exception d'une étude, je crains que rien d'autre n'ait été fait dans ce domaine. J'aimerais que le ministre me le dise. Nous n'avons certainement pas besoin d'une étude de plus pour nous parler de l'exploitation financière des personnes âgées, des familles qui vident les comptes en banque, des citoyens âgés qui sont mal nourris, qui vivent dans des conditions d'hygiène déplorable, qui très souvent sont battus, brutalisés, menacés d'être enfermés ou tout simplement jetés à la porte. La litanie des griefs est interminable, mais le ministre doit être au courant, du moins dans l'ensemble.

J'insiste sur cette question car le temps est venu de s'occuper sérieusement des personnes âgées qui sont maltraitées. Le ministre veut-il nous dire dans quelle mesure il s'inquiète du sort des personnes âgées et quelles mesures il a l'intention de prendre pour redresser la situation.

M. Beatty: Pour commencer, vous avez parlé de la garde d'enfants et de la situation de Terre-Neuve; je sais bien que les provinces les plus pauvres ont du mal à trouver leur 50 p. 100 dans le cadre du programme. C'est justement pour cette raison que le gouvernement a décidé de ne pas toucher à la péréquation pour tenter de contrôler les transferts fédéraux aux provinces. Nous avons voulu nous assurer que les provinces les plus pauvres ne supporteraient pas une part excessive du fardeau que représente la dette fédérale.

La santé économique de l'Ontario a été très bénéfique aux provinces. Les paiements de péréquation ont dépassé de plus de 1 milliard de dollars, ce qui avait été prévu par le ministère des Finances. Ces paiements de péréquation peuvent être utilisés par les provinces démunies pour améliorer la qualité des services ou pour obtenir des paiements dans le cadre du programme. J'avais espéré que Terre-Neuve pourrait en profiter pour réunir des fonds pour les services de garderie.

Quant à la violence dans les familles et aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées, vous avez raison quand vous dites que nous n'avons pas une idée très claire de l'ampleur du problème. Nous avons demandé à la compagnie Ryerson d'effectuer un sondage parmi les personnes âgées pour déterminer la fréquence des mauvais traitements, des cas de négligence et d'exploitation. Comme vous le dites à juste titre, dans le cas des personnes âgées, les problèmes peuvent être très différents de ce qu'ils sont pour les enfants. Par exemple, les problèmes d'agression sexuelle ne sont plus la principale préoccupation, il ne s'agit pas non plus forcément de violence physique, mais plutôt de l'administration de leurs affaires financières ou de négligence.

[Text]

In mid-June we are going to be hosting a national forum on family violence. The issue of elder abuse will be brought in under that. The first thing for us to do in developing solutions to it is to get a better understanding of how serious the problem is. To date the information is inadequate, as you point out.

The other point I would make is that you have put your finger on a key problem. We are an aging society. We are going to be healthier than ever before, but we are also going to be older than ever before. One of the challenges for my department will be to ensure the independence of the elderly and to ensure that we have programs in place that will help them to live lives in dignity and lives of some comfort. That obviously gets us into the area of provision of medical services, health care, food, and also the area of elder abuse. This is going to be a challenge all of us are going to be struggling to deal with.

Ms Langan (Mission—Coquitlam): I would like to say first that I am delighted you will be coming back, because in five minutes there is so much to deal in your huge portfolio, and I know if I am having trouble keeping up at my end, you must be having a heck of time at your end.

I would like to ask a number of questions, the first referring to the Income Securities Programs Branch. In the estimates, under Program Overview, 6-14, it says a recent program evaluation found that family allowance benefits currently provide about 25% of the cost of raising a child. I find it astonishing that you can raise a child for \$128 a month, assuming family allowance is \$32 a month. So I would like to ask how that figure or that statement was determined and if you could provide the committee with the program evaluation that arrived at that figure.

Mr. Beatty: I would be glad to do that. I am told it was based on a survey done by the Program Evaluation Branch. We can make it available, and we would certainly be pleased to do that.

Ms Langan: I also have some questions on the department's position on the use of funds by the provinces for "workfare" programs. We recognize the claim that funds that are transferred to the provinces should be used for training, but the activities of some provinces, for example Saskatchewan, clearly go beyond that, where people are being forced to work for welfare. I wonder if you could elaborate on what steps the department is taking to ensure that the department's view prevails, rather than individual provinces' attitudes.

Mr. Beatty: The federal government supports initiatives that help people to become self-supporting instead of relying on social assistance. But under CAP the provinces agree to provide assistance to persons in need regardless of the cause of need. Persons on assistance are expected to use available resources such as job opportunities to

[Translation]

À la mi-juin un forum national sur la violence dans la famille doit avoir lieu et c'est nous qui l'organisons. On y parlera, entre autres choses, du mauvais traitement de personnes âgées. Pour trouver des solutions, nous allons devoir commencer par comprendre la gravité du problème. Les informations que nous possédons sont insuffisantes, comme vous l'avez dit.

D'autre part, vous avez mis le doigt sur un problème clé. Nous vivons dans une société vieillissante, une société dont la santé n'a jamais été meilleure, mais en même temps une société qui va être plus vieille que jamais auparavant. Mon ministère aura de nombreux défis à relever, en particulier celui de l'indépendance des personnes âgées. Nous aurons besoin de programmes pour les aider à vivre dans la dignité et dans un certain confort. Cela nous amène bien sûr au domaine des services médicaux, des soins de santé, de l'alimentation et également des mauvais traitements. Ce défi, c'est à nous tous de le relever.

Mme Langan (Mission—Coquitlam): Pour commencer, je suis vraiment heureuse que vous ayez accepté de revenir car votre portefeuille est si vaste qu'il serait impossible d'en faire le tour en cinq minutes; j'ai moi-même du mal à suivre, ça ne doit pas être très facile pour vous.

J'ai plusieurs questions à vous poser, la première au sujet de la Direction des programmes de la sécurité du revenu. Dans le budget, sous le titre Tour d'horizon: les programmes de la sécurité du revenu de Santé et bien-être social Canada, 6-14, on voit que d'après un bilan récent du programme, les allocations familiales défraient actuellement environ 25 p. 100 de ce qu'il en coûte pour élever un enfant. J'ai vraiment beaucoup de mal à croire qu'on puisse élever un enfant pour 128\$ par mois, si l'on suppose que les allocations familiales s'élèvent à 32\$ par mois. J'aimerais donc savoir d'où vient ce chiffre ou cette déclaration; pouvez-vous nous communiquer le bilan de programme qui a permis de trouver ce chiffre.

M. Beatty: Avec plaisir. On me dit qu'il est fondé sur une enquête de la Direction de l'évaluation des programmes. Nous vous la ferons parvenir avec plaisir.

Mme Langan: J'aimerais aussi qu'on me parle de la position du ministère quant à la façon dont les provinces utilisent les fonds destinés aux programmes de «travail—bien-être». Nous reconnaissons que les fonds transférés aux provinces devraient être utilisés pour la formation, mais il y a des provinces, par exemple, la Saskatchewan, où les activités vont bien au-delà, où les gens ne reçoivent pas le bien-être s'ils n'acceptent pas de travailler. Que faites-vous pour faire valoir le point de vue du ministère et pour contrer l'attitude de certaines provinces?

M. Beatty: Le gouvernement fédéral est en faveur des initiatives destinées à aider les gens à subvenir à leurs propres besoins au lieu de se reposer sur l'assistance sociale. Mais dans le cadre de l'entente, les provinces acceptent d'aider les personnes qui sont dans le besoin, quelle que soit l'origine de ce besoin. Les personnes ainsi

[Texte]

become self-sufficient. I am aware of the concern as it involves Saskatchewan, and my officials are monitoring the situation. I know Saskatchewan is aware of the fact that we are watching it very closely as well.

Ms Langan: Will you be able to keep this committee advised of what you are discovering as you are monitoring?

Mr. Beatty: Yes, gladly. To date I am not aware of any instance where a critic has brought forward a specific instance of a denial of assistance for refusal to participate in such programs. But it is something we will want to watch very closely.

Ms Langan: We will bring you some.

Mr. Beatty: Certainly, if any member has that sort of information we would be glad to take a look at it.

• 1655

Ms Langan: I would like to ask you a health question, and my colleague tells me that I am perfectly free to ask it. Could you tell us what is happening with the federal government in terms of providing leadership in the area of early detection of breast cancer? The figures of survival are very dramatic when early detection takes place. I think there is a general feeling out there that the provinces need the leadership of the federal government for a national program of early detection.

Mr. Beatty: Ontario just announced a program with regard to this. But let me defer to Dr. Law with regard to the federal approach.

Dr. Law: We participated in a very major study of early detection of breast cancer. We were the major source of funding for this study, which lasted over several years. It did indicate that mamography was particularly useful for women aged 50 and over and of some use as well for women under that age who are in high risk groups. It was the most important subject discussed at the last meeting of federal and provincial deputy ministers.

We had taken the results of that survey and asked an expert group to tell us what would be the best way of organizing services to provide that screening in an effective and cost-effective way. They did make some excellent recommendations that were well received by the provinces. We expect there will be further provincial activity to implement the findings that fundamentally have to be done by the provinces. But we intend to keep monitoring the situation, to keep raising it at federal-provincial meetings, and to push for implementation of the approach that was recommended.

[Traduction]

aîdées doivent, de leur côté, profiter de toutes les occasions de travail pour recommencer à subvenir à leurs propres besoins. Je sais que la situation en Saskatchewan est une cause de préoccupation et mes collaborateurs suivent cela de près. D'autre part, je sais que la Saskatchewan sait que nous surveillons ce qui s'y passe.

Mme Langan: Pouvez-vous nous tenir au courant de ce que vous d'espèce.

M. Beatty: Certainement, avec plaisir. Que je sache, les critiques n'ont pas cité de cas particuliers où la province aurait refusé son aide à quelqu'un qui aurait refusé de participer à ses programmes. Mais nous avons l'intention de suivre toute cette affaire de très près.

Mme Langan: Nous vous apporterons des cas d'espèces.

M. Beatty: Si certains députés ont des exemples de ce genre, nous les étudierons avec plaisir.

Mme Langan: Je voudrais vous poser une question qui intéresse le domaine de la santé, et mon collègue me dit que c'est tout à fait admissible. Pourriez-vous me dire si le gouvernement fédéral a pris ou va prendre des initiatives en matière de dépistage précoce du cancer du sein? Les chiffres sur la survie des victimes montrent à quel point le dépistage précoce est efficace. Les gens semblent croire qu'il faut une initiative fédérale pour créer un programme national de dépistage précoce en collaboration avec les provinces.

M. Beatty: La province d'Ontario vient d'annoncer l'établissement d'un programme à cet effet. Mais je vais demander au D^r Law de vous répondre pour ce qui est des initiatives fédérales.

Dr. Law: Nous avons participé à une étude majeure sur l'efficacité du dépistage précoce du cancer du sein. Notre ministère a été la principale source de financement pour cette étude, qui s'est étalée sur plusieurs années. Elle a justement indiqué que la mammographie était particulièrement utile pour les femmes âgées de 50 ans et plus, et d'une certaine utilité pour les femmes plus jeunes qui sont à haut risque. C'était d'ailleurs la question la plus importante à l'ordre du jour de la dernière réunion fédérale-provinciale des sous-ministres.

Nous avons remis les conclusions de cette étude à un groupe d'experts pour que ce dernier nous indique la meilleure façon d'organiser un service de dépistage qui soit à la fois efficace et efficient. Ce groupe nous a fait d'excellentes recommandations qui ont été très bien reçues par les provinces. Nous nous attendons à ce que les provinces prennent l'initiative d'appliquer ces conclusions dans ce domaine qui relève de leur compétence. Mais nous avons l'intention de continuer de suivre de près la situation, de soulever cette question lors de réunions fédérales-provinciales, et de faire pression sur les provinces pour qu'elles prennent les mesures recommandées.

[Text]

Ms Langan: My concern is that the situation we find ourselves in as women in Canada, depending on which province you live in, will depend on what your chances of surviving breast cancer are. Secondly there is the whole area of self-examination and education. I feel very strongly that it is something the federal government has to lead on rather than waiting for enlightened attitudes from all of the 10 provinces and 2 territories. It is probably an issue I will keep pushing on.

Mr. Beatty: Thank you for raising it.

Ms Langan: The Minister of Finance assured the House regarding old age security clawback: that one in four recipients having a clawback in 20 years is not acceptable, and that there would be an adjustment. I am wondering if you could tell us at what point this adjustment would kick in and what form it may take.

Mr. Beatty: I cannot give you a date for it kicking in. I can tell you that in the case of—

Ms Langan: It was level rather than date.

Mr. Beatty: I can tell you that in the case of tax reform, within two years of partially de-indexing the income tax system the Minister had made a change. There will be periodic updates. It will depend obviously on what happens in terms of inflation and what the economic picture is. But clearly it is not our intention to allow tax-backs to take place at a rate that would penalize ordinary pensioners.

The group affected by this amounts to about some 4% of all pensioners. The 2% of the richest are having it fully taxed back. I think it is appropriate that we do that; and it is appropriate as well that we give assurance to middle-class Canadians that they are not going to find their pensions being lost simply as a result of inflation. There will be adjustments made from time to time.

Ms Langan: But you cannot indicate any kind of—

Mr. Beatty: It will depend on economic conditions.

Mme Gabrielle Bertrand (députée de Brome—Missisquoi): Monsieur le ministre, je vous félicite pour votre nomination à ce ministère. Si vous démontrez le même dynamisme qu'à votre autre ministère, vous allez peut-être vous retrouver avec des sous-marins au ministère de la Santé.

• 1700

J'aimerais faire deux commentaires très brefs concernant le dossier du sida. Je l'ai dit l'autre jour au D^r Leston quand il était ici devant nous, vous avez un budget

[Translation]

Mme Langan: Ce qui m'inquiète tout particulièrement pour les femmes canadiennes, c'est que ces chances de survie à la suite d'un cancer du sein dépendent plus ou moins de la province où l'on habite. Deuxièmement, il y a toute la question de l'auto-examen et de l'éducation. Je suis vraiment convaincue que c'est au gouvernement fédéral de jouer un rôle de chef de file, plutôt que d'attendre que les dix provinces et les deux territoires adoptent une attitude éclairée à l'égard de cette question. C'est probablement une question sur laquelle je vais continuer d'insister.

M. Beatty: Je vous remercie de l'avoir soulevée.

Mme Langan: En ce qui concerne la récupération des versements de la sécurité de la vieillesse, le ministre des Finances a assuré à la Chambre qu'il n'est pas acceptable qu'un bénéficiaire sur quatre fasse l'objet de cette mesure de récupération sur une période de 20 ans, et qu'il y aurait certaines modifications. Je me demande si vous savez quand ces modifications seront effectuées et quelle forme elles vont prendre.

M. Beatty: Je ne peux pas vous dire à quelle date cela pourrait être modifié. Par contre, je peux vous dire. . .

Mme Langan: Je parlais du niveau et non de la date.

M. Beatty: Je peux vous dire que dans le cas de la réforme fiscale, le ministre avait déjà fait les changements nécessaires moins de deux ans après la déindexation partielle du régime fiscal. Il y aura certainement des mises à jour périodiques. Mais tout dépendra de la situation économique et de l'inflation. Mais c'est sûr que nous n'avons nullement l'intention de permettre la récupération des prestations à un rythme tel que les pensionnés ordinaires en seraient pénalisés.

Je pense que le groupe touché par ces mesures de récupération représente seulement 4 p. 100 de tous les pensionnés. Les 2 p. 100 des pensionnés qui sont considérés comme riches vont évidemment être imposés sur le montant intégral de leurs prestations. Je pense que c'est tout à fait approprié; d'un autre côté, c'est tout aussi approprié que nous rassurons les Canadiens de la classe moyenne qui craignent de perdre leur pension en raison de l'inflation. Certains rajustements seront faits périodiquement.

Mme Langan: Mais vous n'êtes pas en mesure de m'indiquer. . .

M. Beatty: Tout dépendra des conditions économiques.

Mrs. Gabrielle Bertrand (Brome—Missisquoi): Mr. Minister, I would like to congratulate you on your appointment to this department. If you show the same dynamism you did in your former portfolio, you may very well end up with submarines at the Department of Health.

I would like to make two very brief comments on the AIDS issue. As I was saying the other day to Dr. Leston when he appeared before us, you have an enormous

[Texte]

énorme et sans doute vos priorités sont-elles dans les grands dossiers: la recherche médicale, les populations des grandes villes. Mais je voudrais vous dire que dans les régions, dans les plus petites villes, il y a parfois des groupuscules qui prennent des initiatives, qui publient de l'information.

Vous disiez tout à l'heure que les jeunes reçoivent difficilement l'information ou veulent croire au danger de la maladie. Or, c'est parfois dans des milieux plus petits, à un niveau local, que l'information donnée par des groupes présents sur place peut avoir autant d'impact que si elle venait d'Ottawa. Je connais des groupuscules qui ont demandé des petites sommes d'argent, quelques milliers de dollars seulement. On les leur a refusées parce qu'on n'avait pas suffisamment d'argent. Je voulais donc sensibiliser votre ministère à ce problème.

Mon deuxième commentaire se rapporte à ce que vous pensez de l'élaboration d'une politique familiale. Vous avez dit dans votre discours que nos enfants sont la ressource humaine la plus précieuse. Vous êtes un jeune père de famille et je pense que vous y croyez. On entend très souvent cette phrase qui devient presque un cliché mais on ne semble pas être capable de créer des politiques d'encouragement pour les parents.

Et là je ne pense pas surtout aux plus démunis. Les plus démunis, j'en suis; c'est une priorité et il faut y penser. Nous avons revu notre politique d'allocations familiales, de crédit d'impôt, et ce depuis quatre ans. On sait que le crédit d'impôt est plus progressif que les allocations familiales ne l'étaient. Mais la classe moyenne—qui est toujours la plus nombreuse, d'abord—semble parfois oubliée. Les parents qui font des sacrifices pour avoir des enfants aimeraient savoir que l'État les soutient, et cela sans dépenser toujours beaucoup d'argent. Vous avez fait une déclaration, dernièrement, au *Toronto Star*, je pense.

You were asked if there would be another social innovation from Ottawa, and you answered yes. You said "what I think you will see is an imaginative retargeting of resources".

Peut-être existe-t-il des moyens innovateurs ou incitatifs pour dire aux parents: «Oui, nous vous encourageons. Oui, nous sommes là pour vous soutenir».

Prenons le problème de la garde des enfants, par exemple. Il y a des parents qui préfèrent ou qui choisissent, surtout s'ils n'ont qu'un enfant, de conduire ce dernier en garderie pendant la journée. Mais quand il en ont deux, trois à la maison, il est plus facile d'engager une gardienne. Cela créerait même des emplois si on donnait la chance à ces parents de bénéficier d'un programme de gardiennage.

En un mot, ce que je voudrais c'est qu'on pense à une politique un peu plus familiale. Que les jeunes parents qui soient de n'importe quel niveau de revenu, au moins,

[Traduction]

budget and obviously your priorities lie with the major issues, such as medical research and protecting people in the big cities. But I would just like you to know that in the smaller towns and in the regions, there are some small groups taking initiatives and publishing information on the subject.

You were saying earlier on that it is difficult to convey information to young people or that they do not want to believe that they are at risk. And yet, sometimes it is in the small towns, or at the local level, that information provided by local groups can have quite an impact, as much impact as if it were coming from Ottawa. I know of some small groups who requested small amounts of funding—only a few thousand dollars. But their requests were refused because of inadequate funds. I would just like to make your department aware of that problem.

My second comment relates to the development of a family policy. You said in your statement that our children are our most precious human resource. You, yourself, are a young father, and I am certain that you really believe that. We often hear that kind of statement being made—indeed, it is becoming almost a cliché—but we do not seem to be able to develop policies to encourage parents.

And here, I am not necessarily thinking of the poorest in our society. Of course, I agree that looking after the disadvantaged is a priority and that we have to continually think of what can be done for them. Indeed, over the past four years we have reviewed our policies on family allowances and tax credits. We know that tax credits are more progressive than family allowances were. But the middle class—which is always the largest class in society—seems to be forgotten at times. Parents who are making sacrifices to have children would like to know that the government is behind them, but without it necessarily costing a lot of money. I believe you recently made a statement to the *Toronto Star*, if I am not mistaken.

On vous a demandé si l'on pourrait s'attendre à ce que le gouvernement fédéral adopte des politiques sociales novatrices, et vous avez répondu que oui. Vous avez dit: «Vous verrez, je pense, une réaffectation innovatrice des ressources».

Perhaps there are innovative ways of providing incentives to parents, of saying to them: "Yes, we are here to encourage and to support you".

Take the child-care problem, for instance. Some parents prefer or choose, particularly if they only have one child, to put their child in daycare during the day. But once they have two or three children at home, it is easier to hire a sitter. We would even be creating jobs if we gave parents the opportunity to benefit from some sort of care-giver program.

In other words, what I would like is for the federal government to develop a policy more oriented towards the family. I would like young parents, no matter what

[Text]

sachent que l'État reconnaît et apprécie ce qu'ils font pour la société d'aujourd'hui et de demain.

Ce n'est pas une question, c'est un commentaire, monsieur le ministre.

M. Beatty: Merci pour vos commentaires qui sont très généreux, Madame Bertrand. En ce qui concerne le sida et les petites communautés, je sais qu'il y a un problème partout au Canada, pas seulement dans les communautés urbaines. Nous avons maintenant, par exemple, un programme de coopération avec les groupes autochtones concernant l'information donnée aux individus sur le sida. Cela concerne en particulier les régions les moins peuplées du Canada.

We have spent a good deal of money with community groups of one sort or another, trying to get money into their hands. Yes, the problem is most acute in the urban areas, but we are aware of the fact that it is increasingly cropping up in other parts of the country as well. I do have figures with regard to some of the activities in Quebec. I will not quote them to you, but they would certainly be available.

• 1705

Where groups make application for funds, whether they are urban or rural, we are prepared to entertain them. We can certainly make available to you the guidelines that are to be followed by these groups, and I would welcome Members of Parliament disseminating the guidelines to any interested, and encouraging applications from them.

There is never enough money. We will have to pick and choose among groups that make submissions, based on who can deliver the most important services. But we will not restrict our funding strictly to urban areas, because we recognize there are problems as well in rural areas.

I have personally known two people who have died of AIDS, and one of them was from urban Canada. The other lived in a very rural area. I had been in his house, he in my family's house. It brought home to me, first of all, the human dimension of AIDS. It is not simply statistics or it is not simply cases. You must be very careful in this job that you do not develop a layer of callousness in terms of dealing with all of the terrible diseases that you hear about. Actually knowing somebody who has been affected by the disease brings home to you the fact that it is people we are talking about here.

As I say, this individual lived in a very rural area. Nobody is immune from the disease and we must have programs, not simply in urban areas, but in rural areas as well, and we will try to be sensitive to that need.

Your second question was really more of a comment with regard to family policy. There have been various attempts at developing family policy, particularly at the provincial level. They have often foundered on the issue

[Translation]

income group they fall into, at least to know that the government recognizes and appreciates what they are doing for the society of today and tomorrow.

That was not really a question, but more of a comment, Minister.

Mr. Beatty: Thank you for your very generous comments, Madam Bertrand. With respect to AIDS and the small communities, I know that there is a problem throughout Canada, and not only in the urban communities. For example, we currently have a co-operative program with the native peoples to provide information on AIDS. This program is directed in particular at the least populated areas of Canada.

Nous avons accordé pas mal d'argent à des groupes communautaires de diverses sortes, et nous continuons d'essayer de leur donner un peu d'argent. C'est vrai que le problème est le plus grave dans les régions urbaines, mais nous savons également qu'il surgit un peu partout au pays. J'ai des chiffres pour certaines activités au Québec. Je ne vous les citerai pas, mais ils sont disponibles.

Nous sommes prêts à prendre en considération toutes les demandes de financement, qu'elles proviennent de groupes urbains ou ruraux. Nous pourrions certainement vous communiquer les critères que nous leur demandons de respecter, et j'encourage les députés à les faire connaître à tous les groupes qui pourraient être intéressés et les encourager à présenter des demandes.

L'argent manque toujours. Il va falloir exercer un choix parmi ces demandes, en déterminant qui peut offrir les services les plus importants. Mais le financement n'ira pas seulement aux régions urbaines, car nous savons que ces problèmes se posent également dans les campagnes.

J'ai personnellement connu deux hommes qui sont morts du SIDA, et l'un d'eux habitait dans un milieu urbain, l'autre dans une région très rurale. Je suis allé chez lui et lui chez moi. C'est lui qui m'a fait réaliser la dimension humaine de la maladie. Il ne s'agit pas simplement de statistiques ou de cas. Il faut faire très attention dans ce métier à ne pas se blinder devant ces terribles maladies dont on entend parler. D'avoir personnellement connu une personne touchée par la maladie m'a fait réaliser que ce sont bien des êtres humains dont il s'agit.

Comme je le disais, cette personne vivait dans un milieu très rural. Personne n'est à l'abri de cette maladie, et nous devons mettre en place des programmes non seulement dans les villes, mais aussi dans les campagnes, et nous essayons de rester conscients de ce besoin.

Votre deuxième question était en fait plutôt une remarque sur la politique de la famille. On a essayé à plusieurs reprises d'élaborer une politique de la famille, surtout au niveau de la province. Elles s'est souvent

[Texte]

of what constitutes a family. It is something which is fast changing and there is a good deal of debate as soon as it becomes legalistic. But, I think you and I, and all of us around this table agree that there are some pretty practical elements. People are concerned about their kids, they are concerned about the elderly, and they are concerned about trying to make it possible for families to stay together during very turbulent times when the divorce rate continues to increase.

I do not know whether we will be able to develop a global family policy into which everything is rolled. What we should be doing is asking ourselves whether there are initiatives that we take that are supportive of families on a whole range of different issues, whether it is child care, or child abuse, or treatment of the elderly, the independence of the elderly, a whole range of areas we should be looking at, not from the point of view of the narrow aspect of the program and what does it do in this particular instance, but how does it help families to cope with a changing society. Does it help encourage the family unit to be maintained?

I think there are imaginative things we can do without having to scrounge for all sorts of hundreds of millions of dollars more money which is not there. We can find ways of dealing with a number of these issues and assist families. That is one of the areas where my own thoughts are still developing. I would welcome input from members of the Committee on it as well. I am convinced there is scope for us to be more supportive of family.

For example, one of the programs the private sector has come up with, which I consider very exciting, is the one that was started last week for a national hotline for youngsters. They can call toll-free across the country to talk to counsellors about any problem they have. It is an exciting, innovative approach, and it is something that is very supportive of families. There are a number of other initiatives that are relatively low cost and which either the private sector or government could be examining.

The Chairman: Mr. Minister, we have come to the end of the time for that questioner and also, I gather, to the end of the time you have available for this committee. I still have a list of questioners who would have like to ask questions. I am in your hands, but I gather that from this point on you have other commitments.

Mr. Beatty: I do have somebody sitting in my office now. If you have a lengthy list, it probably would make sense to come back to the committee. I would be pleased to do that.

Mr. Dingwall: Perhaps, Mr. Chairman, the witness would entertain one more set of questions and then of course give us an undertaking to come back to the committee at a future date.

Mr. Beatty: Sure, if we can do it quickly, Mr. Dingwall.

The Chairman: It is up to you, sir. There was an indication that we would go to 5 p.m. We did take on that

[Traduction]

butées à la question de savoir ce qui constitue une famille. La définition change rapidement, et fait l'objet de vifs débats dès qu'on essaie d'en faire un concept juridique. Mais vous et moi, et toutes les personnes assises à cette table, je pense, reconnaissons qu'il y a certains éléments pratiques. Les gens se préoccupent du sort de leurs enfants, des personnes âgées, et ils essaient de garder les familles unies en cette époque turbulente où le taux de divorce continue d'augmenter.

Je ne sais pas si nous pourrions élaborer une politique générale de la famille, qui engloberait tout. Plutôt, nous devons nous demander si certaines des mesures que nous prenons peuvent aider les familles dans le domaine de la garde des enfants, ou des enfants victimes de mauvais traitements, ou du traitement des personnes âgées, de leur indépendance; il y a toutes sortes de domaines auxquels nous devrions nous intéresser, non seulement du point de vue du programme et de ses effets dans les cas particuliers, ce qui serait assez limité, mais pour voir en quoi il peut aider les familles à s'adapter à une société en évolution. Contribue-t-il au maintien de la cellule familiale?

Je pense qu'avec un peu d'imagination, il y a beaucoup de choses que nous pouvons faire sans courir après des centaines de millions de dollars inexistants. Nous pouvons trouver des solutions à ces problèmes et aider les familles. C'est un des domaines à propos desquels je continue ma réflexion. Je serais heureux d'avoir également les suggestions des membres du comité. Je suis convaincu que nous pouvons aider davantage la famille.

Par exemple, le secteur privé a lancé la semaine dernière, un programme qui m'a enthousiasmé, un service d'aide téléphonique pour les jeunes à travers le pays. Ils peuvent appeler sans frais de n'importe où pour parler à des conseillers de n'importe quel problème. C'est une mesure très intéressante et originale, et qui fait beaucoup pour les familles. Il y a d'autres possibilités relativement peu coûteuses que le secteur privé ou le gouvernement pourrait envisager.

Le président: Monsieur le ministre, le temps réservé à ce député est écoulé, et je pense que nous avons également épuisé le temps que vous pouvez vous permettre de nous consacrer. J'ai encore plusieurs noms sur la liste de députés qui voudraient vous poser des questions. Je m'en remets à vous, mais je présume que vous avez d'autres engagements.

M. Beatty: Quelqu'un m'attend dans mon bureau en ce moment même. Si la liste des questions est longue, il serait sans doute préférable que je revienne. Ce serait avec plaisir.

M. Dingwall: Monsieur le président, le témoin pourrait peut-être répondre encore à une série de questions et bien sûr de nous promettre de revenir devant le comité.

M. Beatty: Bien sûr, si vous pouvez être bref, monsieur Dingwall.

Le président: C'est à vous de décider, monsieur. Il était entendu que nous nous arrêterions à 17 heures. Nous

[Text]

first 10-minute round, 45 minutes, which pre-empted at least three of our questioners as a result, but we are in your hands. You wish to entertain additional questions, it is up to you, sir. You did tell us that you were available until 5 p.m.

• 1710

Mr. Beatty: I am in the committee's hands. I just do not want to be rude to the person who is waiting to meet me, but I can certainly give the undertaking to come back. I am in your hands, Mr. Martin. If there is something that is pressing, I will be pleased to try to accommodate you; otherwise, I will be pleased to come back.

Mrs. Campbell (South West Nova): Is the minister going to come back anyway?

Mr. Beatty: I would feel hurt if you did not invite me.

The Chairman: We have had a round. I think each party has had the same number of questioners at this point in time. If we were to continue, I think we would have to complete a round.

Mr. Beatty: Mr. Chairman, with the consent of the committee, perhaps I could table the Treasury Board guidelines that we referred to, in English and in French. We have the full guidelines. I will leave these with the committee. If any of my staff have extra guidelines perhaps they could give them to representatives of the various parties. I would welcome any input on it.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): Is the undertaking of the minister to come next week?

The Chairman: We have not set a date for the minister to appear. I think it is something that would have to be negotiated between the minister's office and our clerk. We will arrange a meeting at a mutually convenient time, as soon as we can, if it is suitable to the minister.

Mr. Beatty: Mr. Chairman, if individual members have urgent concerns that deal with specific cases, for example, I would be pleased at any time to meet with them or to have my staff do so.

The Chairman: On behalf of the committee, may I extend to you our sincere thanks for appearing before us today. I think it is indicative of the interest and the broad-ranging concerns that members on all sides have in relation to the mandate of this committee. I thank you and your officials for the time you have taken to appear with the committee. On behalf of the committee, our sincere thanks.

Mr. Beatty: Thank you, Mr. Chairman. I thank committee members for their courtesy and their hospitality.

[Proceedings continue in camera]

[Translation]

avons pris 45 minutes pour conclure le premier tour de dix minutes, prenant ainsi sur le temps de trois personnes, mais c'est comme vous voudrez. Si vous désirez répondre à d'autres questions, libre à vous, monsieur. Vous nous aviez dit que vous seriez disponible jusqu'à 17 heures.

M. Beatty: Je m'en remets à la décision du comité. Je ne voudrais pas être impoli à l'égard de la personne qui m'attend, mais je peux certainement vous promettre de revenir. Je m'en remets à vous, monsieur Martin. Si vous avez des questions urgentes, je veux bien essayer d'y répondre; autrement, je reviendrais avec plaisir.

Mme Campbell (South West Nova): Le ministre va-t-il revenir de toute manière?

M. Beatty: Je serais froissé si vous ne m'y invitiez pas.

Le président: Nous avons fait le tour. Je crois que chaque parti a eu jusqu'ici le même nombre d'intervenants. Si nous continuons maintenant, il faudrait que nous complétions le tour.

M. Beatty: Monsieur le président, avec la permission du comité, je pourrait peut-être déposer les directives du Conseil du Trésor dont je vous ai parlé, en anglais et en français. Nous les avons au complet. Je vais vous les laisser. Si quelqu'un parmi les personnes qui m'accompagnent en a d'autres, il pourra peut-être les remettre au représentant de chaque parti. J'aimerais avoir votre avis là-dessus.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Le ministre s'engage-t-il à revenir la semaine prochaine?

Le président: Nous n'avons pas encore fixé de date. Je pense que le cabinet du ministre et le greffier pourront en discuter. Nous allons organiser une réunion à une date qui nous convienne mutuellement, le plus tôt possible, si cela convient au ministre.

M. Beatty: Monsieur le président, si des députés ont à me poser des questions urgentes concernant des cas précis, par exemple, je suis à leur disposition, ou mes collaborateurs.

Le président: Au nom du comité, permettez-moi de vous remercier sincèrement d'être venu aujourd'hui. La séance a démontré, je pense, la profondeur et la diversité de l'intérêt que suscite le mandat du comité parmi les députés de tous les partis. Je vous remercie, ainsi que vos collaborateurs, d'avoir pris le temps de comparaître devant le comité. En notre nom à tous, je vous remercie sincèrement.

M. Beatty: Je vous remercie, monsieur le président. Je remercie également les membres du comité de leur courtoisie et de leur hospitalité.

[La séance se poursuit à huis clos]



*If undelivered, return COVER ONLY to
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESS

From Health and Welfare Canada:

Dr. M.M. Law, Deputy Minister.

TÉMOIN

De Santé et Bien-être social Canada:

D^r M.M. Law, sous-ministre.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 2

Tuesday, June 6, 1989

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 2

Le mardi 6 juin 1989

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Main Estimates 1989-90: Vote 1 under NATIONAL
HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1989-1990: crédit 1
sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET
BIEN-ÊTRE SOCIAL

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)

Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-président: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Le greffier du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, JUNE 6, 1989

(4)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:35 o'clock a.m. this day, in Room 112-N Centre Block, the Vice-Chairman, Nicole Roy-Arcelin, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Joy Langan, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White.

Acting Members present: Bill Attewell for Barbara Greene; Robert Corbett for Bob Porter; Ross Reid for Stanley Wilbee.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Joan Vance, Research Officer.

Witness: From the National Council of Welfare: Ken Battle, Director.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Friday, April 28, 1989, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1990. (See *Minutes of Proceedings, Wednesday, May 24, 1989, Issue No. 1*).

The Committee resumed consideration of Vote 1.

The witness made a statement and answered questions.

At 10:02 o'clock a.m., the Chairman took the Chair.

Vote 1 was allowed to stand.

At 11:14 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 6 JUIN 1989

(4)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit, aujourd'hui à 9 h 35, dans la pièce 112-N de l'Édifice du centre, sous la présidence de Nicole Roy-Arcelin, (*vice-présidente*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Joy Langan, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White.

Membres suppléants présents: Bill Attewell remplace Barbara Greene; Robert Corbett remplace Bob Porter; Ross Reid remplace Stanley Wilbee.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Joan Vance, attachée de recherche.

Témoin: Du Conseil national du bien-être social: Ken Battle, directeur.

Le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi du vendredi 28 avril 1989 ayant trait au Budget principal des dépenses pour l'exercice se terminant le 31 mars 1990. (Voir *Procès-verbaux du mercredi 24 mai 1989, fascicule n° 1*).

Le Comité reprend l'étude du crédit 1.

Le témoin fait une déclaration et répond aux questions.

À 10 h 02, le président occupe le fauteuil.

Le crédit 1 est réservé.

À 11 h 14, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Tuesday, June 6, 1989

• 0935

La vice-présidente: À l'ordre, s'il vous plaît.

En vertu d'un ordre de renvoi de la Chambre en date du 26 avril 1989, nous examinons à nouveau le Budget des dépenses principal pour l'exercice financier 1989-1990, sous la rubrique Santé nationale et Bien-être social. Je mets à nouveau en délibération le crédit 1.

Je vous souhaite la bienvenue au nom du Comité, monsieur Ken Battle. Je sais que vous nous serez d'un grand secours pour éclairer nos lanternes. Veuillez commencer, s'il vous plaît.

M. Ken Battle (directeur du Conseil national du bien-être social): Merci.

Let me say it is a pleasure to appear before the committee again. It has been some time. I seem to spend more time in front of the finance and economic affairs committee, which tells you something about the direction of social policy in this country. It is good to be back with this committee.

I do not have a long presentation to give members. I thought I would speak for a few minutes about the National Council on Welfare, the organization of which I am the director, since you may be familiar with our reports but probably not our organization. I will speak for five or ten minutes at the most and then hand it over to you for questioning.

The council has been around since 1970. It is an advisory body to the Minister of National Health and Welfare. It is established by legislation, by the same act that established the Department of National Health and Welfare.

The council is made up of 21 members, who are Order in Council appointees serving in a voluntary capacity. They are drawn from all walks of life and they come from all parts of Canada. They serve for terms of up to three years and are eligible for reappointment to a second term, so most members serve two terms. The same applies to our chairperson, who is simply one among those 21 members.

Our chairperson currently is Professor Gale Gilchrist James, who teaches in the faculty of social welfare at the University of Calgary on the Edmonton campus. She is a fairly prominent member of the social policy community in Canada. In addition to being the chair of the National Council on Welfare, she is the recently elected president of the International Federation of Social Workers and she is a member of a number of other national and international social welfare organizations.

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mardi 6 juin 1989

The Vice-Chairman: Order, please.

Pursuant to an Order of Reference from the House, dated April 26, 1989, we are resuming consideration of the Main estimates, 1989-1990, under the heading Health and Welfare. I call vote 1.

On behalf of the committee, I would like to welcome Mr. Ken Battle. I have no doubt that your remarks will be most enlightening. Please begin.

Mr. Ken Battle (Director, National Council on Welfare): Thank you.

Je suis très heureux de comparaître de nouveau devant le Comité. Il y a longtemps que je n'y étais pas venu. J'ai l'impression de passer plus de temps au Comité des finances, ce qui est une bonne indication de l'orientation de la politique sociale dans notre pays. Cela me fait plaisir d'être de retour devant le Comité.

Mon exposé sera bref. J'aimerais vous parler pendant quelques minutes du Conseil national du bien-être social, organisme dont je suis directeur, car si vous connaissez nos rapports, vous êtes sans doute moins au fait de notre organisation. Je parlerai tout au plus cinq ou dix minutes, puis je vous rendrai la parole pour que vous m'interrogiez.

Le Conseil existe depuis 1970. C'est un organisme qui conseille le ministre de la Santé et du Bien-être social. Il a été créé par la même loi qui a instauré le ministère de la Santé et du Bien-être social.

Le conseil compte 21 membres bénévoles nommés par décret, qui sont de toutes conditions sociales et représentent toutes les régions du Canada. Ils sont nommés pour une période de trois ans, et leur mandat peut être renouvelé une fois, de sorte que la plupart restent en poste pendant deux mandats. Cela est vrai aussi de notre présidente, qui est une de ces 21 membres.

Notre présidente actuelle est M^{me} Gale Gilchrist James, professeur à la Faculté de sciences sociales, au campus d'Edmonton de l'université de Calgary. Elle occupe une place assez en vue dans le monde de la politique sociale au Canada. En plus d'être présidente du Conseil national du bien-être social, elle a été élue récemment présidente de la Fédération internationale des assistants sociaux et des assistantes sociales et elle est membre de plusieurs organisations nationales et internationales de bien-être social.

[Texte]

I am the director of the staff of the council that does the daily work of the council, and I will get into that in a minute. We have a staff of five. Ours is a very small organization: I am the director, and I have an assistant, two secretaries and a translator, and that is it. We do all our own work, virtually everything from researching, writing and translating the reports to all our own media work and distributing the reports. We are housed in the Brooke Claxton Building.

I am a public servant. I report directly to the Deputy Minister of National Health and Welfare, Dr. Law. But for all intents and purposes, we function reasonably independently of Health and Welfare except insofar as personnel and routine administrative arrangements are concerned. But in terms of the work we do, I relate more to the council than to the Department of National Health and Welfare.

We have a budget of \$310,000—that is our non-salary operating budget—and as I said, we have five person-years. About half our budget goes to the various costs of bringing our members together for council meetings. We have three full meetings a year, and then we strike subcommittees for various projects we are working on and they will meet for one day as required in between council meetings. So normally we are running about five meetings a year, and those are held in various parts of the country. The meetings last for three days, the full council meeting and the committee meetings for one day.

• 0940

Our members of course have their expenses covered and are paid a per diem which is, I believe, \$175 a day now for members and \$225 for the Chair, if memory serves me correctly. Basically, they serve as volunteers.

Our members are a very mixed group. They very much reflect the diversity of Canada itself. We have some low-income people on our council, we have volunteers and social workers, we have lawyers, doctors, a family court judge right now, business people.

In terms of what we do, which I guess is the thing that will interest you most, right from the very beginning, the notion was to give low-income Canadians a direct voice to the federal government, and that we have done in a couple of ways.

As I mentioned, we are advisory to the Minister of National Health and Welfare, but in terms of the work we do, we cast our net quite broadly and it certainly goes beyond the bounds of the Department of National Health and Welfare, as one would have to if one is interested in social policy and the needs flowing from Canadians. They extend far beyond the bounds of one federal department of course.

[Traduction]

Pour ma part, je suis directeur du personnel d'exécution des tâches quotidiennes; je vous en dirai plus sur ce point dans un instant. Le conseil a cinq employés. C'est donc un très petit organisme. J'en suis le directeur, j'ai un assistant, deux secrétaires, un traducteur, et c'est tout. Nous faisons tout le travail nous-mêmes, c'est-à-dire la recherche, la rédaction et la traduction de nos rapports, de même que les relations avec les médias et la distribution des rapports. Mon bureau se trouve dans l'immeuble Brooke Claxton.

Je suis fonctionnaire, je relève directement du sous-ministre de Santé et Bien-être social, M. Law. Dans la pratique, nous sommes assez indépendants de Santé et Bien-être social, sauf en ce qui concerne le personnel et certains mécanismes administratifs courants. Mais pour ce qui est des travaux que nous réalisons, je suis en relation plus étroite avec le Conseil qu'avec le ministère de la Santé et du Bien-être social.

Nos ressources sont de 310.000 dollars—c'est-à-dire notre budget de fonctionnement sans compter les traitements des employés—il s'agit, comme je l'ai déjà dit, de cinq années-personnes. Environ la moitié de notre budget sert à l'organisation des réunions du Conseil. Nous tenons trois réunions plénières par année et nous avons des sous-comités chargés des divers projets que nous réalisons. De plus nous organisons des réunions d'une journée entre des réunions du Conseil selon les besoins. Nous tenons en général environ cinq réunions par année dans différentes régions du pays. Ces réunions durent trois jours, alors que les réunions plénières et les réunions de comité durent une journée.

Bien sûr, le Conseil couvre les frais de ses membres et leur verse une indemnité quotidienne qui est, je crois, de 175\$ par jour pour les membres et de 225\$ pour la présidente, si je ne me trompe pas. Mais les membres sont essentiellement bénévoles.

Nos membres forment un groupe hétéroclite et reflètent bien en cela la diversité du Canada. Notre Conseil compte parmi ses membres des personnes à faible revenu, des bénévoles et des travailleurs sociaux, des avocats, des médecins, un juge du tribunal de la famille et des hommes et des femmes d'affaires.

En ce qui concerne notre rôle, et je suppose que c'est ce qui vous intéresse le plus, dès le tout début, nous avons voulu servir de porte-parole des Canadiens à faible revenu auprès du gouvernement fédéral, et nous nous y sommes pris de diverses façons.

Comme je l'ai déjà mentionné, notre mandat est de conseiller le ministre de la Santé et du Bien-être social, mais nos travaux ont une portée qui dépasse largement le cadre du ministère de la Santé et du Bien-être social, et cela est bien normal lorsqu'on s'intéresse à la politique sociale et aux besoins des Canadiens. Ces besoins sont si considérables qu'un ministère fédéral ne peut suffire à lui seul à y répondre.

[Text]

We advise the minister in several different ways. We meet with our minister once a year at a council meeting, usually for one to two hours, where we have a private in camera session with him. We occasionally communicate privately with the minister in the form of a letter, if there is some aspect of government policy or a problem that we want to bring to his attention.

Our major mode of operation is through the publications of reports on poverty and social policy. We put out about three to five new reports a year, and we distribute about 60,000 or 70,000 copies a year throughout Canada and abroad. Our reports go throughout the world now, to the United States, to the Soviet Union, to Europe, to Australia, to New Guinea.

In terms of the number of reports we have distributed over the years, since we began keeping records in 1973, we have distributed about 900,000 copies of our reports. So they are very widely disseminated. They go to a very wide range of people in our society: Members of the House of Commons and the Senate, federal and provincial civil servants, other social welfare and advocacy organizations, business interest groups, the media—including the financial press—provincial and local social planning organizations. Schools, universities, colleges, almost every group you could imagine uses our material.

I will first talk about the types of reports we put out and then perhaps end up with some of our major policy themes, because I think these are the most important things we do.

We have two kinds of reports—one of which tends to get more media attention than the other. Our standard type of report will look at a particular issue; for example, child care, social assistance, to take two examples of reports we have issued over the last couple of years.

We will analyse a topic. Our point of view is the impact of that social policy on low-income Canadians, but we will also look at how it operates at different income levels, if it is a program which goes to people who are above the poverty line. We generally end the report with a series of detailed recommendations to government about improvements in social programs. We take great care in our reports to have recommendations which we consider to be practicable. They are not pie-in-the-sky recommendations; they are recommendations which we think could be implemented and could stand a real chance of influencing government policy. Normally it is the federal government, but not always. With regard to our report on social assistance, obviously, most of those recommendations were directed to the provincial governments, since they are the ones that operate those programs. But generally speaking, we are directing our policy advice to the federal government.

[Translation]

Nous prodiguons des conseils au ministre de diverses façons. Nous le rencontrons une fois par année lors d'une réunion du Conseil et nous discutons avec lui à huis clos pendant une heure ou deux. Il nous arrive à l'occasion de communiquer avec lui par lettre lorsque nous voulons attirer son attention sur certains éléments de la politique gouvernementale ou sur un problème.

Notre principal mode d'action consiste à publier des rapports sur la pauvreté et sur la politique sociale. Nous préparons par année de trois à cinq rapports, dont nous distribuons environ 60,000 ou 70,000 exemplaires au Canada et à l'étranger. Ils sont lus un peu partout dans le monde maintenant: aux États-Unis, en Union soviétique, en Europe, en Australie et même en Nouvelle-Guinée.

Depuis 1973, année où nous avons commencé à tenir des dossiers, nous avons distribué environ 900,000 exemplaires de nos rapports. Ils sont très largement diffusés au Canada, auprès des députés fédéraux et des sénateurs, des fonctionnaires fédéraux et provinciaux, d'autres organismes de bien-être social et des groupes de défense d'intérêts sociaux, des groupes d'intérêts commerciaux, des médias—y compris la presse financière—des organismes de planification sociale provinciaux et locaux. Les écoles, les universités, les collèges, bref, presque tous les groupes imaginables utilisent nos documents.

J'aimerais vous parler d'abord des rapports que nous préparons et terminer par quelques uns de nos grands thèmes politiques, car je crois que c'est ce que nous faisons de plus important.

Nous publions deux genres de rapports, dont l'un attire davantage que l'autre l'attention de médias. Dans nos rapports courants nous étudions une question précise; nous avons, par exemple, traité de la garde des enfants et de l'aide sociale au cours des quelques dernières années.

Nous analysons le sujet du point de vue des répercussions de la politique sociale sur les Canadiens à faible revenu, mais nous étudions aussi ses effets sur des personnes de différents niveaux de revenu s'il s'agit d'un programme offert aux personnes se situant au-dessus du seuil de pauvreté. En général, à la fin du rapport, nous recommandons au gouvernement des mesures précises pour améliorer les programmes sociaux. Nous veillons à ce que ces recommandations soient réalisables. Nous tâchons de ne pas formuler des vœux pieux, mais des recommandations qui, à notre avis, pourraient être mises en oeuvre et réellement influencer la politique du gouvernement. En général, nous nous adressons au gouvernement fédéral, mais ce n'est pas toujours le cas. En ce qui concerne notre rapport sur l'aide sociale, la plupart des recommandations s'adressaient évidemment aux gouvernements provinciaux puisque ces programmes relèvent de leur compétence. Mais, de façon générale, c'est au gouvernement fédéral que nous prodiguons des conseils en matière de politique.

[Texte]

[Traduction]

• 0945

The other kinds of report that we do increasingly are basically factual statistical reports, which are widely in demand and widely used in Canada, and some of which are now done on an annual basis. I am thinking here in particular of our annual estimates of poverty lines and our analysis of poverty statistics and poverty trends.

These are reports we receive a lot of requests for and information for. They have kind of grown up over the years in response to the kinds of requests we get. We get dozens of calls a day to our office for advice and information on social programs, poverty and social policy in general.

We actually do a lot of what you would almost call counselling work or directing people. We will get people calling up trying to get their old age pensions. They do not know where to call. We try to direct them to the part of Health and Welfare that might help them. We are constantly getting calls from people looking for welfare, because of course they cannot possibly find their way through the maze of welfare in our country and know which level of government and what number to call.

That kind of thing I think is good for us, because it keeps us in touch with the people we are supposed to be serving, and it reminds us of the difficulty Canadians have coming to terms with social programs, which is something we might want to talk about later.

The other kind of report we now seem to be locked into on a regular basis is analysis of the federal budgets, which is a business we got into in 1982. We did a brief analysis of some of the aspects of the June 1982 budget, the 6% and 5% budget. In the last several years we have been doing responses and analyses of each federal budget from the point of view of its social policy ramifications. We are right now in the process of finalizing the response to the most recent federal budget. We hope to release that before the end of June.

I had to call a special meeting of our council to discuss the budget because of the magnitude of the proposals in it regarding family allowances and old age security. We are working on that report now. We have a regular meeting of our council next weekend and we hope to finalize our response to the budget and get that out before the summer.

In the kinds of areas we worked on over the years, our constant theme has been income security policy. I use income security in a very broad sense to refer not simply to direct spending programs such as federal child benefits or the retirement income system or social assistance in the provinces, but also to tax policy.

Les autres types de rapport que nous produisons de plus en plus sont des rapports statistiques essentiellement factuels, qui sont très demandés et utilisés au Canada; certains sont d'ailleurs publiés tous les ans maintenant. Je pense, entre autres, à nos évaluations annuelles du seuil de la pauvreté et à nos analyses des statistiques et tendances concernant la pauvreté.

À l'occasion de ces rapports, nous recevons à la fois beaucoup de demandes et de renseignements. Ces rapports ont en quelque sorte pris de l'importance au fil des ans, en raison de ces demandes. Notre bureau reçoit quotidiennement des douzaines de demandes de conseil et de renseignements au sujet des programmes sociaux, de la pauvreté et de la politique sociale en général.

On peut presque dire que nous faisons du travail de consultation ou d'orientation. Certaines personnes nous téléphonent parce qu'elles essaient d'obtenir leur pension de vieillesse. Elle ne savent pas où s'adresser. Nous essayons de les orienter vers le service de Santé et Bien-être social qui peut les aider. Nous recevons constamment des appels de personnes qui cherchent à rejoindre les bureaux du Bien-être social, parce qu'elles ne s'y retrouvent pas dans le labyrinthe des services d'aide sociale du Canada, ne savent pas à quel palier de gouvernement s'adresser, ni quel numéro composer.

À mon avis, cela a du bon, car nous pouvons ainsi rester en contact avec la clientèle que nous sommes censés servir, et cela nous rappelle que les Canadiens ont certains problèmes avec les programmes sociaux, ce dont nous voudrions peut-être parler ultérieurement.

L'autre type de rapport que nous semblons désormais tenus de produire régulièrement, c'est l'analyse du budget fédéral, que nous avons effectuée pour la première fois en 1982. Nous avons alors fait une brève analyse de certains aspects du budget de juin 1982, le budget des 6 p. 100 et 5 p. 100. Ces dernières années, nous avons présenté des commentaires et des analyses à l'occasion de chaque budget fédéral, eu égard à ses répercussions sur la politique sociale. Nous mettons actuellement la dernière main à notre réponse au dernier budget fédéral. Nous espérons pouvoir la rendre publique avant la fin de juin.

J'ai dû convoquer une séance spéciale du Conseil pour discuter du budget, en raison de l'importance des propositions qu'il contient relativement aux allocations familiales et à la sécurité de la vieillesse. Nous sommes actuellement en train de rédiger ce rapport. Le Conseil tiendra une séance ordinaire le week-end prochain. Nous espérons mettre la dernière main à notre réponse au budget et la rendre publique avant l'été.

Au fil des ans, il est une question sur laquelle nous nous sommes constamment penchés: la politique concernant la sécurité du revenu. Je parle de la sécurité du revenu dans un sens très large, pour désigner non seulement les programmes de dépenses directes comme les allocations familiales fédérales, le régime de pension

[Text]

It is really in the area of tax policy that our organization has probably done the most original work over the years. I think we can in fact claim some responsibility or credit for parts of Mr. Wilson's June 1987 tax reform, because there were changes in that reform that we have been promoting for the last 14 years.

Back when we started talking about it I can assure you we were a lone voice in the wilderness. We were considered quite crazy at the time to be considering tax programs as social programs, and now that is really I think very much part of the accepted wisdom in this country.

Income security is not the only area we worked on over the years. We did a report on medicare during the debate over the Canada Health Act just before the act came in. We are working on another report on health, which is not an area that we normally go into but we are looking at that.

We are updating some of the work we did four or five years ago on pension reform, because we think that is a policy area that is still very much in need of attention. There has been some significant progress made on pension reform over the last three or four years, but we think there is still a long way to go. We are going to try to bring that back on the table if we can.

We are also working on a project that is fairly broad and a little unusual. It is about half done and I hope to get it out maybe next fall. That is a very broad report. Most of our reports are fairly focused. We will look at a particular aspect of policy and look at it in some depth, but we are working on a report that began as a look at the old concept of the guaranteed income, which seems to surface every three or four years.

• 0950

Those of you familiar with the history of social policy in Canada will know it is an idea that has been kicking around since at least the 1960s, and probably earlier under a different guise. We are looking at that concept, but the report has broadened out to look at the whole range of social and employment programs. What we are trying to do is to look more and more at the employment side of things, and it is something we may want to talk about.

The longer I work in this area and the more I know, the more I think that both inside and outside of

[Translation]

ou l'aide sociale dans les provinces, mais aussi la politique fiscale.

C'est dans le domaine de la politique fiscale que notre organisme a probablement produit ses travaux les plus originaux au fil des ans. Dans une certaine mesure, je pense que nous sommes responsables de certaines propositions contenues dans le projet de réforme fiscale présenté par M. Wilson en juin 1987; la réforme propose en effet des changements que nous préconisions depuis 14 ans.

Lorsque nous avons commencé à parler de cette question, je puis vous assurer que nous prêchions dans le désert. À l'époque, nous passions pour des originaux parce que nous considérions les programmes fiscaux comme des programmes sociaux. Or, à l'heure actuelle, je pense que la plupart des Canadiens partagent cette façon de voir.

Au fil des ans, nous ne nous sommes pas intéressés uniquement à la sécurité du revenu. Nous avons présenté un rapport sur l'assurance-maladie durant le débat sur la Loi canadienne sur la santé, juste avant l'adoption de la loi. Nous travaillons actuellement à un autre rapport sur la santé, même si c'est un domaine que nous n'étudions pas habituellement.

Nous faisons également une mise à jour du travail que nous avons fait, il y a quatre ou cinq ans, sur la réforme des pensions, car c'est une question qui mérite encore qu'on s'y intéresse de près. Au chapitre de la réforme des pensions, des progrès importants ont été réalisés depuis trois ou quatre ans, mais nous croyons qu'il y a encore beaucoup à faire. Nous allons essayer de ramener la question sur le tapis, si c'est possible.

Nous travaillons également à un rapport d'une assez grande envergure, qui est un peu inusité. Nous en avons rédigé à peu près la moitié et nous espérons le rendre public l'automne prochain. Il s'agit d'un rapport d'une très grande portée. La plupart de nos rapports portent sur des sujets assez délimités. Par exemple, nous examinons en profondeur un aspect d'une politique. Pour le moment, nous travaillons à un rapport qui, au départ, devait être une étude de l'ancienne notion de revenu garanti, question qui semble refaire surface tous les trois ou quatre ans.

Ceux d'entre vous qui connaissent l'histoire de la politique sociale au Canada savent que c'est une idée qui est débattue depuis les années 60 au moins, et qui l'était probablement avant sous une forme différente. Nous examinons cette question, mais l'objet du rapport s'est élargi et englobe maintenant tous les programmes sociaux et d'emploi. Nous essayons maintenant d'examiner une question en tenant de plus en plus compte de ses incidences au chapitre de l'emploi. C'est une question dont nous pourrions reparler.

À force de travailler dans ce domaine et d'approfondir la connaissance que j'en ai, j'ai constaté que tant dans les

[Texte]

government there is a tendency to expect social programs to do more than they can be reasonably expected to do. I am talking here basically of income security programs, since most social programs are of that nature. What we really have to do is not to forget about social programs, but to look a lot more at the employment side of things. That is not a new idea by any means, but there is a lot of lip service paid to it. We want to start looking in a much more detailed way at changes in the labour market, their impact on social programs and on the whole range and package of policies needed to improve income security for Canadians. That is another area we are working on now.

There is one final thing I will mention and then I will stop. We are very interested in tax reform, as I mentioned. We have been very keen observers of the various changes, in particular Mr. Wilson's major tax reform that is underway. We looked very closely at phase 1, the changes to the income tax system. We are now looking at the goods and services tax, which of course is phase 2. We have begun doing some analysis and we are looking forward to the technical papers promised for this summer.

It is very difficult to analyse that policy when we still know so little about what it is going to look like. I am speaking in particular about the design and nature of the refundable sales tax credit, which is an area of prime concern to my organization, course, although it is not the only thing. There has been a lot of criticism of the whole tax reform package as not going far enough, and of the goods and services tax in particular as being a regressive change. I think there is some potential in the goods and services tax for some significant improvements in social programs for lower-income Canadians, depending on how that credit is designed and delivered. It is an area we are going to be looking at very closely.

Ms Langan (Mission—Coquitlam): Ken, I was interested in the background and outline of the structure and relationship of your organization with the ministry. The Prime Minister cited the National Council of Welfare's report, called "Social Spending in the Next Budget", as supporting the government's claw-back of family allowances and old age pensions. Did the National Council of Welfare support that claw-back of universal benefits?

Mr. Battle: I anticipated that question arising.

Ms Langan: I imagine you would.

Mr. Battle: It is one of those times when you wish you could look ahead a month. I wrote this report myself, and if I had known how it was going to be used I would have

[Traduction]

milieux gouvernementaux qu'à l'extérieur, on a tendance à attendre des programmes sociaux plus que ce qu'ils peuvent raisonnablement apporter. Je parle essentiellement des programmes de sécurité du revenu, puisque la plupart des programmes sociaux sont de cette nature. Nous ne devons pas oublier les programmes sociaux, mais examiner davantage l'aspect de l'emploi. Ce n'est pas une idée nouvelle, mais on n'en parle souvent que pour la forme. Nous voulons commencer à examiner de façon beaucoup plus détaillée les changements qui surviennent sur le marché du travail, leurs répercussions sur les programmes sociaux et l'ensemble des politiques nécessaires pour améliorer la sécurité du revenu des Canadiens. C'est une autre question que nous étudions à l'heure actuelle.

J'aimerais enfin parler d'une dernière chose avant de vous céder la parole. Comme je l'ai déjà dit, notre organisme s'intéresse beaucoup à la réforme fiscale. Nous avons suivi de près l'évolution du dossier, notamment l'importante réforme fiscale que M. Wilson propose. Nous avons suivi de très près la première étape, qui prévoyait des modifications au régime fiscal. Nous examinons maintenant la deuxième étape, qui concerne la taxe sur les biens et services. Nous avons commencé certaines analyses et nous attendons avec impatience les documents spécialisés que l'on nous a promis pour l'été.

Il est très difficile d'analyser cette politique quand on n'a à peu près aucune idée de la forme qu'elle prendra. Je veux entre autres parler de la nature du crédit d'impôt remboursable pour taxe de vente. C'est évidemment une question qui intéresse au plus haut point l'organisme que je représente, même si ce n'est pas la seule. On a beaucoup reproché au projet de réforme fiscale de ne pas aller assez loin, et on a, entre autres accusé la taxe de vente sur les biens et services d'être une mesure régressive. Je pense que la taxe de vente pourrait nous permettre d'apporter d'importantes améliorations aux programmes sociaux destinés aux Canadiens à faible revenu. Tout dépendra de la forme que prendra le crédit et la façon dont il sera appliqué. C'est un dossier que nous allons suivre de très près.

Mme Langan (Mission—Coquitlam): Ken, j'ai trouvé très intéressant votre exposé sur la structure de votre organisme et ses rapports avec le ministère. Le Premier ministre a dit que le Conseil national du bien-être social, dans son rapport intitulé «Les dépenses sociales et le prochain budget», appuyait la récupération des allocations familiales et des pensions de vieillesse envisagée par le gouvernement. Le Conseil national du bien-être social est-il en faveur d'une récupération des prestations universelles?

M. Battle: Je savais que vous alliez me poser la question.

Mme Langan: Bien sûr.

M. Battle: C'est le genre de situation où l'on aimerait pouvoir prévoir ce qui va se produire dans un mois. Je suis l'auteur de ce rapport et, si j'avais su comment on

[Text]

been a lot more careful in choosing my words. I learned a good lesson.

• 0955

I should say first of all that the quote the Prime Minister gave was absolutely accurate and I am sure in his mind, given it was probably one of a number of briefing notes, he considered it was a fair reflection of our position. But in fact it was not, because the quote in a sense was taken out of the context of the paper. Let me just explain what I am talking about.

What you are referring to, Ms Langan, is this report we put out just a couple of weeks before the 1989 budget. In the report we did something we had never done before and I do not think I will do again, which was to try to speculate what might be in the budget.

It was quite funny. A colleague of mine at Health and Welfare said there was some gossip in the department that somehow I must have had access to information ahead of time. God help me, I certainly did not. We were pretty accurate in some of our guesstimates, but in others we were not. The area where we were not dead on really was in the claw-back, and perhaps I could take a few minutes to explain our position.

When we were anticipating the kinds of changes that might be made in the budget obviously we were focusing on social programs, and we were fairly sure there might be an attempt to introduce a so-called claw-back or tax-back. I know that is an awful word, claw-back, but I use it because I think the word tax-back in itself is very confusing because it mixes us the existing system with the proposal. I will use the term claw-back. I notice the journalist, Don McGillivray, had a very typically wry column on the word claw-back and what the government wanted to call it.

When we were talking about the claw-back in our guessing as to what might be in the budget, we gave two examples of a claw-back, and I will just mention them quickly. In one case we said let us suppose the finance minister introduced a special tax on family allowances. Here we were talking about family allowance, but also old age security as a possibility, and we gave two examples because I wanted to show what it would look like, what difference it would make.

In one example we said let us tax it back at a rate of one-third of family allowances over a certain point, and actually I took the income threshold \$50,000 just out of my head. That was the one that twiggled people in Health and Welfare because that is of course the same threshold that has been proposed. In the other one, I said let us claw it back at a 50% rate. One was one-third; one was one-half, and we gave estimates as to the amount of money the government would save doing it.

[Translation]

allait l'utiliser, j'aurais été beaucoup plus prudent dans le choix de mes mots. J'ai eu une bonne leçon.

Je précise tout d'abord que le passage cité par le premier ministre était parfaitement exact, et je suis sûr qu'il a cru, étant donné que ce n'était probablement qu'une note d'information parmi une foule d'autres qu'il avait entre les mains, que cela représentait fidèlement notre position. Ce n'est pas le cas, et ce passage était en fait sorti de son contexte. Je m'explique.

Vous parlez, madame Langan, du rapport que nous avons publié une quinzaine de jours avant la présentation du budget de 1989. Nous avons essayé d'y faire quelque chose d'inédit, que nous ne recommencerons probablement plus jamais, nous avons essayé d'imaginer le contenu du budget qui allait être présenté.

C'est assez amusant. Un de mes collègues à Santé et bien-être Canada m'a dit qu'on racontait dans le ministère que j'avais certainement eu vent de certaines informations à l'avance. Je vous donne ma parole que ce n'est pas le cas. Dans plusieurs cas, nos prévisions sont tombées dans le mille, mais pas toujours. En fait, sur cette question de la disposition de récupération, nous sommes justement tombés à côté de la plaque, j'aimerais donc vous expliquer en quelques instants notre position.

Quand nous avons essayé de prévoir les modifications qu'on trouverait dans le budget, nous nous sommes évidemment concentrés sur les programmes sociaux et nous étions à peu près sûrs qu'on essaierait d'y introduire une disposition de récupération. Pour éviter la confusion avec les formes de fiscalité existantes, j'utilise cet affreux terme anglais de «claw back». Le journaliste Don McGillivray a d'ailleurs rédigé un article assez sarcastique sur ce mot.

Donc, à propos de cette disposition de récupération, nous avons imaginé deux exemples de cette mesure dans le budget. Je vous donne ces deux exemples. Dans un cas, nous avons imaginé que le ministre des Finances allait mettre en place une taxe spéciale sur les allocations familiales. Nous parlions d'allocations familiales, mais on pouvait aussi songer à la sécurité de la vieillesse, et nous avons donné deux exemples pour bien montrer la différence que cela pouvait faire.

Dans le premier cas, nous avons imaginé qu'on taxerait les allocations au tiers de leur valeur à partir d'un certain point, et j'ai tout simplement imaginé un seuil de revenu de 50,000\$. C'est d'ailleurs ce qui a mis la puce à l'oreille des gens de Santé et bien-être social, puisque c'est évidemment ce seuil qui a été proposé. Dans le deuxième cas, nous avons imaginé que les allocations seraient imposées à 50 p. 100. Donc, dans un cas c'était un tiers, et dans l'autre la moitié du montant, et nous avons calculé les économies que le gouvernement pourrait ainsi réaliser.

[Texte]

Our notion of a claw-back was different from that which was actually proposed, in two important respects. One, we were not looking at 100% claw-back, and we were looking in the one case at one-third and the other case one-half. They were simply illustrations. I did not think anybody would consider the notion of taxing back the full amount of both two social benefits, and so I did not put it in the report because I thought it would be too confusing to people. Now, of course, I wish that I had given an example of a 100% claw-back.

The other thing I should say, and this I think is the danger of trying to think out loud when you are considering options, is that we went through a whole range of possibilities, in some of which we were dead on; increases in the income surtax, and further cuts to federal transfers to the provinces under the Established Program Financing Act. In all of those cases we prefaced them by saying these were options that the finance minister was undoubtedly considering. This did not mean that by talking about them we were supporting or necessarily endorsing them.

Of course, by talking about the claw-back a lot of people, including a lot of people in my own community, the social policy community, thought I was therefore recommending a claw-back. We were not either recommending or opposing it. We were simply saying that this was something that might be done.

• 1000

The other thing I should point out was when we did our estimates of a claw-back, we were basing it on family income, not individual income. In other words, in our illustration we assumed that family allowances and old age security benefits would be taxed back at a certain percentage, although not a 100%, for recipients whose family income was over \$50,000. The claw-back proposal introduced by Finance Minister Wilson was based on individual income rather than family income, and that makes a big difference.

Since the budget came out, we have had a chance to analyse the proposal in as much detail as we can. I can respond, or if you wish me to go on, I can. We have a number of concerns about the claw-back. I do not know whether the committee wants me to go into those.

Ms Langan: Actually, I have a couple more questions on the claw-back. I have a total of four questions that I would like to get through in this round because Madam Chair will be calling me out of order soon.

Has the National Council of Welfare examined what the impact will be of the de-indexation of the \$50,000 trigger figure for the claw-back? We know that more and more people will be hit as the inflation eats into the value

[Traduction]

Nous nous trompions à propos de cette disposition de récupération sur deux points importants. D'une part, nous n'avions pas imaginé une récupération à 100 p. 100, puisque nous pensions dans un cas à un tiers et dans l'autre à la moitié simplement. Ce n'était que des illustrations. Je n'imaginai pas qu'on puisse envisager d'imposer à 100 p. 100 les deux avantages sociaux, je n'ai donc même pas envisagé de donner cet exemple dans notre rapport pour éviter de semer le trouble dans les esprits. Évidemment, je regrette maintenant de ne pas l'avoir fait.

J'ajoute aussi, et je crois que c'est le risque quand on pense tout haut et qu'on essaie d'imaginer des possibilités, que nous avons envisagé toute une gamme d'éventualités, et que dans certains cas nous sommes tombés pile; par exemple à propos de l'augmentation de la surtaxe sur le revenu et des autres coupures budgétaires dans les transferts fédéraux aux provinces en vertu de la loi sur le financement des programmes établis. À chaque fois, nous avons dit que le ministre des Finances envisageait certainement ce genre de mesures. Cela ne signifie pas pour autant que nous approuvions ce genre d'initiative.

Évidemment, comme nous avons parlé de cette disposition de récupération, des tas de gens, notamment une foule de gens de mon propre secteur, celui de la politique sociale, ont cru que je recommandais une telle proposition. Il n'était pas du tout question de la recommander ni d'ailleurs de nous y opposer. Nous nous contentions de dire que c'était une possibilité.

Je dois aussi préciser que quand nous avons essayé de calculer hypothétiquement quelle serait cette mesure de récupération, nous nous sommes fondés sur le revenu familial et non sur le revenu individuel. Autrement dit, nous sommes partis de l'hypothèse que les allocations familiales et les allocations de sécurité de la vieillesse seraient imposées à un certain pourcentage, mais pas à 100 p. 100, dans le cas où le revenu familial dépassait 50,000\$. La proposition de récupération du ministre des Finances Wilson se fonde sur le revenu des particuliers et non sur le revenu familial, ce qui fait une sérieuse différence.

Depuis la parution du budget, nous avons eu tout le loisir d'analyser en long et en large cette proposition. Vous pouvez donc me poser des questions, ou si vous le voulez, je vais continuer. Cette disposition nous inquiète. Je ne sais pas si le Comité souhaite que je lui explique pourquoi.

Mme Langan: En fait, j'ai quelques autres questions sur cette disposition de récupération. J'en ai quatre, que je voudrais bien essayer de poser à ce tour-ci des questions, car M^{me} la présidente va bientôt me retirer la parole.

Le Conseil national du Bien-être social a-t-il calculé les répercussions de la désindexation de ce chiffre d'amorçage de 50,000\$ pour la disposition de récupération? Plus l'inflation va éroder ce chiffre, plus il y aura de victimes

[Text]

of the trigger figure. How many more people will be hit next year, in 10 years, in 20 years?

Mr. Battle: We have done part of what you said. We do not have a really good idea of the increasing numbers. I have some rough idea, but in terms of the declining threshold, yes, that is of course one of our primary concerns about the claw-back proposal. It is not the only one. Because that \$50,000 threshold of net income is not fully indexed to the cost of living, of course it is going to decline over time.

If you look at the family allowances as our first example, I am taking the case of a family with one child who is receiving the family allowance. Let us assume that the claw-back is fully implemented. It is going to be phased in over three years but for the sake of argument, it does not affect the threshold but it affects the impact of the claw-back. I am assuming that it has been fully implemented.

The threshold level, if it is kept the way it is now, i.e. indexed to the amount of inflation over 3% a year, then by 1997 the \$50,000 threshold will be \$39,000 and a few dollars. The threshold above which the full claw-back applies—in other words, people will pay back all of their family allowance—will be \$52,619 when the claw-back begins, if there is one child.

Let me give the figures again; I am doing it in a backward way. Currently the threshold where the claw-back begins is \$50,000. The threshold above which you would pay back all the net income, pay back all of your family allowance, would be \$52,619 for a family with one child. That is with a family allowance of \$393. By 1997 the \$50,000 threshold will be \$39,000 and some odd dollars. The point above which the full amount of the family allowance is paid back will be about \$41,000 and a few dollars.

It is not just that the threshold itself is going to decline, it is that more and more people will not only be paying the claw-back, but will be paying the full claw-back. You can think in terms of a partial claw-back range and a full claw-back range.

The other thing that happens when you project ahead is that because the family allowance itself is only partially indexed now and has been since 1986, the range of income where the partial claw-back applies, i.e. where you are paying a claw-back but you still end up with some of your baby bonus, is going to get smaller and smaller over the years. In other words, the two lines are going to come closer and closer together.

• 1005

Obviously, by the declining, you are going to affect many, many more families in middle-income territory,

[Translation]

de cette disposition. Combien y en aura-t-il l'année prochaine, dans dix ans, dans 20 ans?

M. Battle: Nous avons fait une partie de ce calcul. Nous n'avons pas une idée très précise de la courbe de croissance. J'en ai cependant une idée assez générale, mais il est bien évident que cette baisse du seuil constitue l'une de nos principales préoccupations à propos de cette disposition de récupération. Ce n'est pas la seule. Mais comme ce seuil de 50,000\$ de revenu net n'est pas pleinement indexé, il va évidemment y avoir un dérapage progressif.

Si vous prenez le premier exemple des allocations familiales, je prends là le cas d'une famille avec un enfant qui touche des allocations familiales. Supposons que la disposition de récupération soit intégralement appliquée. En fait, cela va se faire sur trois ans, mais à titre de supposition simplement, imaginons que la disposition soit complètement en place. Cela ne modifie pas le seuil, mais l'importance de la récupération.

Si l'on conserve le seuil tel qu'il est calculé actuellement c'est-à-dire s'il est indexé sur le pourcentage d'inflation qui dépasse 3 p. 100 par an, en 1997 ce seuil actuel de 50,000\$ ne sera plus que de 39,000\$ et quelques dollars. Le seuil à partir duquel la pleine imposition interviendra, c'est-à-dire à partir duquel les gens reverseront la totalité de leurs allocations, sera de 52,619\$ quand la disposition de récupération interviendra, dans le cas d'une famille avec un enfant.

Je vous redonne ces chiffres à l'envers. Actuellement, la disposition de récupération intervient à partir de 50,000\$. Le seuil au-delà duquel on rembourserait la totalité du revenu net, la totalité des allocations familiales, serait de 52,619\$ dans le cas d'une famille avec un enfant, qui toucherait 393\$ d'allocations familiales. En 1997, le seuil de 50,000\$ sera tombé à 39,000\$ et quelques dollars. Le seuil à partir duquel on remboursera la totalité des allocations familiales sera d'environ 41,000\$ et quelques dollars.

Non seulement le seuil lui-même va reculer, mais de plus en plus de gens vont être touchés par cette mesure de récupération, et même devoir reverser la totalité de ce qu'ils auront touché. Il y a donc, d'une part, l'impact d'une récupération partielle et, d'autre part, de la récupération totale.

De plus, quand on essaie de faire des prévisions, comme les allocations familiales ne sont que partiellement indexées actuellement et depuis 1986, la tranche de revenu qui sera soumise à une disposition de récupération partielle, c'est-à-dire celle où l'on ne reversera qu'une partie des allocations, mais où l'on en gardera quand même un peu, va se restreindre de plus en plus au fil des ans. En d'autres termes, les deux lignes continueront de se rapprocher.

De toute évidence, en abaissant le seuil, vous atteindrez encore beaucoup plus de familles à revenu moyen parce

[Texte]

because there are a lot of families with children in that \$40,000 to \$50,000 range. The exact figures of course will vary with the number of children you have, but you have pretty much the same impact.

One has to be very careful in criticizing claw-back. We discussed this with Mr. Beatty last week in a meeting I had with him. The finance minister has said in the budget paper that this threshold for the claw-back—and it is the same one for old age security—will be reassessed periodically and readjusted as required. That is some comfort, in the sense that one would hope future governments would pay close attention to what is happening to the real value of the threshold, assuming this proposal is implemented.

The negative side of that—and it is the criticism we would make not just of this claw-back but of the other changes being made to child benefits over the last few years, because they are now affecting all child benefits and they affect the income threshold for the refundable child tax credit as well—is that by partially indexing those benefits and leaving their readjustment in effect up to the decision of government periodically, you have moved a step backwards, in a sense, from fully indexed benefits, which we have had in the case of family allowance since 1973 and the old age pension since it was introduced in its present form in 1952. I think those are potentially dangerous moves, because what they mean is that the real value of benefits can shrink over time, the claw-back threshold can shrink. And let me point out, it is not just that claw-back, but even the threshold for the refundable child tax credit, which is currently about \$24,000, that is going to shrink over time. That means fewer and fewer families are going to be eligible for the refundable child tax credit.

So when we look at the whole child benefits package, all the benefits are going to lose from inflation. The non-refundable child tax credit, the refundable child tax credit, the married equivalent credit for single parents, the family allowance, are all going to shrink in value over the years. Fewer and fewer families will be eligible for the refundable child tax credit. More and more middle-income families will be affected by the claw-back, assuming it is implemented. The effect is that many millions of dollars are going to be taken out of the child benefit system and taken away from it, and that is of concern of course to a number of groups, especially groups that speak for the family, in that there is concern about declining public support, at least at the federal level, for families with children in Canada.

Those of you who remember back to 1985, the then Minister of Health and Welfare, the Hon. Jake Epp, put out a discussion paper on child and elderly benefits that stated the government at that time was opposed to a claw-back on old age security. It was vaguer about a claw-back

[Traduction]

que beaucoup d'entre celles qui ont des enfants se situent dans cette fourchette de 40,000\$ à 50,000\$. Bien sûr les chiffres exacts varieront selon le nombre d'enfants, mais l'incidence est pour ainsi dire la même.

Il faut faire très attention lorsqu'il s'agit de critiquer la récupération. Nous en avons discuté avec M. Beatty la semaine dernière au cours d'une séance. Le ministre des Finances déclare dans les documents budgétaires que ce seuil de récupération—et celui-ci est le même pour les pensions de la vieillesse—sera réévalué périodiquement et réajusté au besoin. C'est rassurant en ce sens qu'il est possible d'espérer que les futurs gouvernements surveilleront de près la valeur réelle du seuil, en supposant que l'on donne suite à cette proposition.

L'aspect négatif de cela—et c'est la critique que nous formulons non seulement sur cette récupération, mais sur les autres changements apportés aux avantages familiaux depuis quelques années, parce qu'ils touchent maintenant toutes les allocations familiales et le seuil de revenu pris en considération pour le crédit d'impôt remboursable pour enfants—c'est qu'en indexant partiellement ces prestations et en laissant le gouvernement décider périodiquement de leur rajustement, on régresse, en un certain sens, par rapport aux prestations pleinement indexées que nous avions pour les allocations familiales depuis 1973 et pour les pensions de vieillesse depuis 1952. Il s'agit à mon avis d'une mesure qui pourrait se révéler dangereuse, étant donné que la véritable valeur des prestations peut s'effriter avec le temps tout comme le seuil de récupération. Permettez-moi de souligner qu'il ne s'agit pas seulement de cette récupération, mais même du seuil de revenu pris en considération par le crédit d'impôt remboursable pour enfants, qui se situe à l'heure actuelle à quelque 24,000\$ et qui se rétrécira au fil des ans. Cela signifie que de moins en moins de familles pourront se prévaloir du crédit d'impôts remboursable pour enfants.

Ainsi, lorsque nous considérons l'ensemble du régime des avantages familiaux, tous les avantages seront dévorés par l'inflation. Le crédit d'impôt pour enfants non remboursable, le crédit d'impôt pour enfants remboursable, l'exemption de gens mariés ou l'équivalent pour les parents célibataires, les allocations familiales, s'amenuiseront au fil des ans. De moins en moins de familles pourront réclamer le crédit d'impôt pour enfants. De plus en plus de familles à revenu moyen seront touchés par la récupération, à supposer qu'on y donne suite. Ainsi, ce sont des millions de dollars qu'on enlèvera au programme de prestations et d'avantages fiscaux au titre des enfants, et, bien sûr, cela inquiète un certain nombre de groupes, surtout ceux qui se font le porte-parole de la famille; ils s'inquiètent de l'amenuisement du soutien de l'État, du moins au pallier fédéral, aux familles avec enfants au Canada.

Certains d'entre vous peuvent se rappeler l'année 1985, où le ministre de la Santé nationale et Bien-être social de l'époque, l'honorable Jake Epp, a déposé un document de travail sur des prestations aux enfants et aux personnes âgées, dans lequel il affirmait que le gouvernement

[Text]

on family allowances. But most importantly, it stated that any changes to the child benefit system should be used to improve benefits to low-income families. This budget does not hold that assurance. So from our reading of it, we are talking about taking funds out of the child benefit system. You can debate whether you think that is good or bad, but I think that is going to happen.

Just one final thing and I will stop on the claw-back. It is a more general concern I have. Again, when you deal with people, as I do often in speaking to people across Canada—not just Members of Parliament but ordinary citizens—one can see that the kinds of changes made over the last number of years in the tax system and in the child benefit system are making that system much more complicated and much more difficult for people to understand. You literally need to have a computer model, as I do, to figure out the impact of changes, and indeed to figure out the amount of benefits people at different income levels are eligible for.

• 1010

My concern is that in making taxes and transfers more complicated, it goes against one of the major objectives of tax reform, for one thing, which is to try to make that system more understandable, but it confuses people, and the ordinary citizen is not going to really understand what benefits they are eligible for.

I think that is of some concern, because when you make a system more complicated, not only do people not understand but I think you may engender some cynicism among people. There is a lot of misunderstanding. People may think they get more than they do, or they may think they are losing benefits when they are not. It just becomes very difficult to explain the changes.

The Chairman: My apologies for being late. The clerk and I were attending another meeting on behalf of the committee.

I do welcome you, sir, and look forward to your intervention with us here today. I am sure there are other areas you wish to touch on, and I would like to give everybody here an opportunity to question you. Perhaps questions and answers could be concise. I know it is difficult, sir, when you have a detailed area, and I hesitate to interrupt when it is information all of us are concerned about and wish to have. However, for the benefit of all members here, we should try to stick fairly closely to those guidelines.

[Translation]

s'opposait à une récupération des prestations versées aux personnes âgées. Le rapport restait vague sur une récupération des allocations familiales. Mais qui plus est, on y déclarait que tout changement apporté au programme de prestations versées au titre des enfants devrait servir à améliorer celles qui sont versées aux familles à faible revenu. Ce budget ne contient pas cette assurance. Mais si, après l'avoir lu, nous en déduisons qu'on parle de récupérer des fonds à même des programmes de prestations et d'avantages fiscaux au titre des enfants. Vous pouvez bien exprimer votre opinion sur les avantages ou aux inconvénients de cette mesure, mais il n'en reste pas moins que cela va se produire.

Un tout dernier point, et je ne parlerai plus de la récupération. Il s'agit d'une préoccupation plus générale. Je le répète, lorsque vous avez affaire avec les gens, comme cela m'arrive souvent de parler à des gens de toutes les régions du Canada—pas seulement des députés mais des citoyens ordinaires—vous pouvez constater qu'il est beaucoup plus difficile et beaucoup plus compliqué pour eux de comprendre les changements qui ont été apportés au cours des dernières années dans le régime fiscal et les programmes de prestations et avantages sociaux au titre des enfants. Il vous faut à proprement parler un modèle informatique—c'est mon cas—pour calculer l'incidence des changements et, en fait, les prestations auxquelles les gens ont droit à différents niveaux de salaire.

Je crains qu'en compliquant davantage les impôts et les transferts, le gouvernement n'aille à l'encontre d'un des principaux objectifs de la réforme fiscale, en premier lieu, qui consiste à faire en sorte de rendre le régime plus compréhensible. Au contraire, cela embrouille les gens, et le citoyen ordinaire ne comprendra pas vraiment ce à quoi il est admissible.

Je crois qu'il faut s'en inquiéter, étant donné que lorsqu'un système devient plus compliqué, non seulement les gens n'y comprennent rien, mais ils peuvent, selon moi, devenir un peu cyniques. Il y a beaucoup de mépris. Les gens peuvent croire obtenir plus que ce n'est le cas en réalité ou perdre des avantages, alors que ce n'est pas le cas. Cela devient très difficile d'expliquer les changements.

Le président: Je m'excuse d'être en retard. Le greffier et moi-même avons dû assister à une autre séance au nom du Comité.

Je vous souhaite la bienvenue, monsieur; j'attendais avec impatience votre témoignage aujourd'hui. Je suis convaincu qu'il y a d'autres domaines dont vous aimeriez parler, et j'aimerais donner l'occasion à tous ceux qui sont ici de vous interroger. Les questions et les réponses pourraient peut-être être concises. Je sais que c'est difficile, monsieur, lorsqu'on s'occupe d'un secteur complexe, et j'hésite à interrompre une personne qui donne des renseignements qui nous préoccupent tous et que nous désirons avoir. Toutefois, dans l'intérêt de tous

[Texte]

Mrs. Clancy (Halifax): Mr. Battle, I have just a couple of brief questions before I get to the main question I want to ask you. When you spoke before about the claw-back on family allowance and the punitive changes in the figures, I presume those figures would be the same for the old age pension.

Mr. Battle: No, they are actually different. The claw-back level for the old age pension is the same, of course; it is \$50,000 in net income. But the difference is that because the old age pension is so much larger than the family allowance—it is about 10 times bigger—it takes a lot longer for the benefit to disappear, to be clawed back. So the income level above which a senior would pay back the full pension is much higher than it is for a family. It would be about \$76,000 as opposed to, say, \$52,000 or \$53,000 for a family. That is one of the reasons the finance minister said in the budget paper it is going to affect a lot fewer seniors and families in percentage terms. But the mechanism is the same other than that.

Mrs. Clancy: Secondly, on the claw-back with regard to the family allowance, has your group done any studies—I realize the budget is very new—on the idea of a claw-back affecting a wife who works inside the home?

Mr. Battle: Originally I spoke about what the claw-back might look like as opposed to the one we see based on family or individual income. One of the inequities or anomalies of the proposal in the budget is that you can have two families with the same income. Let us say one of the spouses is working full-time in the home and the other is in the labour force, and then the other family is a two-earner couple, which I guess is increasingly the norm in this country.

Let us say the one-earner family has an income of \$54,000, and the claw-back would affect them of course because they are over the \$50,000 range. In fact, they pay back their whole family allowance once it is fully phased in. You could have a two-earner couple where one spouse makes, say, \$45,000 and the other makes \$40,000, and the family's income would be \$85,000. It would not be affected by the claw-back. It would keep 60% of its family allowance. So you have two families, one which has a lot more family income, and the lower-income family in fact is paying back its full benefit; the other is paying back 40%. Does that answer your question?

[Traduction]

les membres du Comité qui se trouvent ici, nous devrions essayer de nous en tenir le plus possible à ces directives.

Mme Clancy (Halifax): Monsieur Battle, j'ai simplement deux petites questions à vous poser avant de revenir au point principal. Lorsque vous parlez de la récupération des allocations familiales et des effets néfastes, je suppose que ces chiffres seraient les mêmes pour la sécurité de la vieillesse.

M. Battle: Non, en fait, ils sont différents. Le seuil de récupération pour la pension de vieillesse est le même, il va s'en dire; c'est-à-dire, revenu net de 50.000\$. La différence, c'est qu'étant donné que les prestations de sécurité de la vieillesse sont beaucoup plus élevées que les allocations familiales—environ 10 fois plus élevées—il faut beaucoup plus de temps pour que l'avantage disparaisse, pour qu'il soit récupéré. Ainsi, le niveau de revenu au-dessus duquel une personne âgée rembourserait entièrement ces prestations est beaucoup plus élevé qu'il ne l'est pour une famille. Il serait d'environ 76.000\$, à comparer par exemple à 52.000\$ ou 53.000\$ pour une famille. C'est une des raisons pour lesquelles le ministre des Finances a déclaré dans les documents budgétaires que cela touchera beaucoup moins de personnes âgées et de familles en pourcentages. À part cela, le mécanisme est le même.

Mme Clancy: Deuxièmement, en ce qui concerne la récupération des allocations familiales, votre groupe a-t-il procédé à des études—je reconnais que le budget est très récent—sur les effets qu'aurait une récupération des prestations dans le cas d'une femme qui travaille à la maison?

M. Battle: À l'origine, j'ai parlé de ce à quoi pourrait ressembler la récupération par opposition à celle qui est fondée sur la famille ou le revenu individuel. L'une des inéquités ou des anomalies de la proposition contenue dans le budget, c'est que vous pouvez avoir deux familles avec le même revenu. Prenons l'exemple d'une famille dont l'un des conjoints travaille à plein temps à la maison et l'autre à l'extérieur, et de l'autre famille où les deux conjoints travaillent, ce qui, je suppose, devient de plus en plus la norme dans notre pays.

Disons que la famille dont un seul des conjoints travaille touche un revenu de 54.000\$; elle serait touchée par la récupération, bien sûr, étant donné qu'elle dépasse le seuil de 50.000\$. En fait, elle rembourse entièrement ses allocations familiales. Vous pourriez avoir un couple dont l'un des conjoints gagne 45.000\$ et l'autre 40.000\$, pour un revenu total de 85.000\$. Ils ne seraient pas touchés par la récupération. Ce couple conserverait 60 p. 100 de ses allocations familiales. Ainsi, vous avez deux familles; l'une d'entre elles dispose d'un revenu familial beaucoup plus élevé, et la famille touchant un revenu moindre rembourse entièrement ses allocations; l'autre doit rembourser 40 p. 100 de ses allocations. Cela répond-il à votre question?

[Text]

[Translation]

• 1015

Mrs. Clancy: Actually, that is not exactly what I asked. I probably was not clear enough. My concern is whether you have done any research at this point into the impact of the family allowance on the non-wage-earning spouse who is normally the person who receives it and the fact that if this happens to be a family where the single salary is in excess of the claw-back level, this is going to be clawed back, and what ramifications that might have.

Mr. Battle: I am sorry, I did misunderstand. One of the defences one can make of the claw-back—and it is an argument I heard first from women's groups that were adamant in favour of universality of family allowances—is that of course people are going to continue receiving their monthly family allowance cheques and, as you just pointed out, it goes to the lower-earning spouse now, which is generally still the woman. In the case of a one-earner family, the mother would receive the family allowance, and depending on the husband's level of income, they may or may not be affected by the claw-back. You can argue that at least the woman still gets that money, whether it is all clawed back or not. It goes to her.

The argument women's groups make is that one does have families where the spouse with the labour market income does not share it fully with the stay-at-home spouse and that in fact you could even have a fairly high-income family where the stay-at-home spouse has no access to the family income, and for that reason you want to continue paying the family allowance. I know of no studies to prove or disprove how many families are like that. I do not know; I have never seen anything.

I have never seen any scientific study that looks at how families at different income levels use their family allowances and other child benefits. I guess conventional wisdom would have it that a low-income or moderate-income family needs that money every month and a higher-income family can bank it for the kids' education or it buys designer blue jeans or whatever. You hear those kinds of things, but I have never seen a study about how that money is actually used.

Mrs. Clancy: With regard to your comments about using the tax system, I am particularly interested in what you were talking about, which is income security systems. Again, I realize you say this is something you are working on, but I have had concerns in discussing this matter before; that is, the question of the delivery of social programs through the income tax system, which leaves out a significant portion of Canadians.

I realize Canadians have the highest rate of income tax return filers in the world or some such statistic like that.

Mme Clancy: En fait, ce n'est pas tout à fait ce que je demandais. Je n'étais peut-être pas suffisamment précise. Je me demandais si vous aviez effectué des recherches jusqu'ici sur l'incidence de l'allocation familiale sur le conjoint non rémunéré, qui est normalement la personne qui reçoit l'allocation familiale, et sur ce qui arrive s'il s'agit d'une famille dont le salaire unique est supérieur au niveau de récupération —les montants devront être récupérés— et sur les répercussions de cette disposition.

M. Battle: Je regrette, je vous avais effectivement mal comprise. L'un des arguments que l'on peut présenter en faveur de la disposition de récupération—et c'est un argument que j'ai entendu présenter pour la première fois par des groupes féminins qui tenaient absolument à l'universalité des allocations familiales—c'est que, bien entendu, les gens continueront de recevoir leurs chèques mensuels d'allocations familiales et, comme vous venez de le signaler, ce chèque est adressé maintenant au conjoint au revenu moindre, qui est la femme la plupart du temps. Quant aux familles à revenu unique, c'est la mère qui recevrait l'allocation familiale, laquelle pourrait être visée par la disposition de récupération, selon le niveau de revenu de l'époux. Quoi qu'il en soit, c'est au moins la femme qui reçoit l'argent, que l'allocation soit récupérée ou non.

Les groupes féminins prétendent qu'il existe des familles où le conjoint qui fait partie de la population active ne partage pas tout son salaire avec le conjoint qui reste au foyer et que, en fait, il pourrait y avoir des cas où la famille a un revenu relativement élevé et dont le conjoint au foyer n'a aucun accès au revenu familial, et c'est dans leur intérêt qu'il faudrait continuer à verser les allocations familiales. Je ne peux me fonder sur aucune étude pour appuyer ou réfuter cet argument. J'ignore combien de familles sont dans cette situation.

J'ignore si des études scientifiques ont été faites sur la façon dont les familles de différents niveaux de revenu utilisent leurs allocations familiales et d'autres crédits pour enfants. Je suppose qu'il serait normal de penser qu'une famille à faible revenu ou à revenu moyen a besoin de cette somme tous les mois, tandis qu'une famille à revenu supérieur peut se permettre de mettre cette somme à la banque en vue de l'éducation des enfants ou d'acheter des jeans de couturiers. On entend toutes sortes de choses, mais je n'ai jamais mis la main sur une étude qui analyse la façon dont ce montant est dépensé.

Mme Clancy: En ce qui concerne vos commentaires sur le régime fiscal, ce que vous disiez sur les systèmes de sécurité du revenu m'intéresse particulièrement. Je comprends que vous soyez en train d'étudier la question, mais certains points qui ont déjà été soulevés me préoccupent encore, c'est-à-dire l'exécution de programmes sociaux par le biais du système de l'impôt sur le revenu, puisqu'une proportion considérable de Canadiens en sont exclus.

Je sais que le taux de déclaration d'impôt sur le revenu par les Canadiens est le plus haut au monde. Malgré ces

[Texte]

But I am concerned about, for example, single mothers who are unemployed and living in public housing, etc.—you know the profile better than I do—who have never filed an income tax return, for whom the mystification process you mentioned before is an almost impenetrable barrier. I am wondering if you have done any work in this particular area and if you have any recommendations or ideas on this.

Mr. Battle: That is a very important issue, especially for people like me who for years have been looking to the tax system as probably our best bet for improving income security benefits. Obviously how you deliver those benefits is a concern, and I alluded to it earlier in my references to the new goods and services tax. Then it will become absolutely crucial.

The government has promised a substantial boost to the refundable sales tax credit to protect lower-income consumers from the impact of the new federal consumption tax, and obviously there will be a lot of people then who might fall between the cracks. I am thinking of homeless people, people who change address, who get lost by Revenue Canada.

In the budget it was promised that the sales tax credit, which is now delivered once a year, will be delivered four times a year, and I think that is a step in the right direction.

• 1020

There are a couple of issues here. One is the frequency of delivery. If you want to get benefits to low-income people, you probably want to get them as often as possible because they do not have the income cushion to wait for their next cheque, as it were. It is a real concern with the goods and services tax. The fact that food is being exempted makes that somewhat less serious than it might have been, but it is still a concern.

On the positive side, when the refundable child tax credit was brought in 1978 and first paid in 1979, I remember it was a very real concern of the government at the time. If memory serves me correctly, some money was put forward to a lot of community groups to do public education about how to fill out the schedule in the income tax system for the child tax credit. Keep in mind that until then we had a very large chunk of people who had never filled out a tax form. Now most families with kids are getting the refundable child tax credit.

Estimates I have seen of the take-up rate for that program indicate it is quite high. I think it is over 90%, if not better. I think it is due in part to a lot of work by tax clinics, community groups and so on to publicize a bit. The same thing will apply to the boosted sales tax credit.

[Traduction]

statistiques, je m'inquiète notamment des mères seules qui sont au chômage et qui vivent dans des logements à loyer subventionné—vous savez mieux que moi de quoi il est question—et qui n'ont jamais présenté une déclaration d'impôt sur le revenu et pour qui ce processus est un mystère quasiment impénétrable. Je me demande si vous avez étudié cet aspect de la chose et si vous avez des recommandations ou des idées à nous soumettre.

M. Battle: C'est une question très importante, surtout pour des gens comme moi qui, pendant des années, ont vu dans le système fiscal la solution la meilleure pour augmenter les prestations de sécurité du revenu. Manifestement, la façon dont sont accordées ces prestations soulève un problème, et j'y ai fait allusion plus tôt lorsque j'ai parlé de la nouvelle taxe sur les produits et services. Cela deviendra alors absolument essentiel.

Le gouvernement s'est engagé à augmenter considérablement le crédit d'impôt remboursable pour la taxe de vente afin de protéger les consommateurs à faible revenu des répercussions de la nouvelle taxe fédérale de consommation et, de toute évidence, beaucoup de gens seront victimes des imperfections du système; je pense plus particulièrement aux sans-abri, à ceux qui changent d'adresse, à ceux que Revenu Canada ne peut retrouver.

Dans le budget, on a promis que le crédit d'impôt pour la taxe de vente, qui est versé une fois par an, sera dorénavant versé quatre fois par an, et je crois qu'il s'agit là d'un pas dans la bonne direction.

Cela soulève justement quelques questions, dont la fréquence des versements. Si l'on veut verser des prestations à des gens à faible revenu, il faut leur faire le plus de versements possible, parce qu'ils n'ont probablement pas les réserves qui leur permettront d'attendre leur prochain chèque. La taxe sur les produits et services pose un véritable problème. Le fait que la nourriture soit exemptée rend la situation moins grave qu'elle n'aurait pu l'être, mais le problème demeure.

Quant aux aspects positifs, lorsque le crédit d'impôt remboursable pour enfants a été institué en 1978 et versé pour la première fois en 1979, je me souviens que le gouvernement de l'époque était particulièrement inquiet. Si ma mémoire ne me fait pas défaut, on a subventionné beaucoup de groupes communautaires pour qu'ils informent la population sur la façon de remplir l'annexe visant le remboursement du crédit d'impôt pour enfants dans la déclaration d'impôt sur le revenu. N'oubliez pas que jusque-là, beaucoup de gens n'avaient jamais rempli une déclaration d'impôt. Maintenant, la plupart des familles qui ont des enfants reçoivent le crédit d'impôt remboursable pour enfants.

D'après les statistiques que j'ai consultées, beaucoup de gens auraient profité de ce programme. Je crois que la proportion s'élève à plus de 90 p. 100. Je crois que cela est dû en partie aux efforts qu'ont déployés les services de préparation des déclarations d'impôt, les groupes

[Text]

Yes, it is a concern. Even with it, there will still be some people who fall between the cracks.

Mrs. Clancy: Do you know if there are plans to do the same sort of educational programs that were done for the child tax credit?

Mr. Battle: I do not know. I and some colleagues raised this issue in a meeting with Finance Minister Wilson about six weeks before the budget. We raised the issue of reaching out to low-income families. He seemed interested and concerned about it, so I would hope there will be some work done on it. It is crucial; you are right.

Mr. White (Dauphin—Swan River): Welcome, Mr. Battle. I have two areas I wanted to ask you about.

I want to start with the issue that has been discussed most here this morning, namely the OAS, the family allowance and the tax-back. When I look at the estimates for health and welfare, I see a total of \$632 billion, of which two-thirds is income security, most of it being old age security and guaranteed income supplement. The total is over \$15 billion a year.

According to the estimates I have seen, if I have my numbers correct, we have 3 million people over 65 in Canada now, and that figure is going to more than double shortly into the next decade. With a fully indexed system, I have not seen any figures but it scares me to think of what the cost of the program will be. It has gone up a \$1 billion in the last year.

As great as it sounds—and I do not take a back seat to anybody when it comes to social conscience and looking after our people that way—I am wondering how are we going to be able to afford a system like that unless we go to a tax-back system. I see that the mandate of your organization is to do research and to publish reports on issues affecting low-income Canadians. I just wonder how you react to that. Have you done any studies on the future costs of those programs and how in the world we can possibly afford them?

Mr. Battle: It is a big question. I will give you a couple of quick responses. We have not looked way ahead, but you are absolutely right. One of the things we did in our recent pre-budget report, which I have been updating, is to try to look program by program at trends in spending. I am focusing on social programs. The one area in which it keeps going up is old age security. Inflation spending on old age pensions in 1984 came to \$14 billion; that is in

[Translation]

communautaires, et ainsi de suite, pour mieux informer la population. La même chose s'appliquera au crédit de taxe sur les ventes. Oui, cela pose un problème, car, même avec ce crédit, certaines personnes ne pourront en profiter.

Mme Clancy: Savez-vous si l'on prévoit mettre sur pied le même type de programmes d'information que ceux qui avaient été créés pour le crédit d'impôt pour enfants?

M. Battle: Je n'en sais rien. Certains collègues et moi-même avons soulevé cette question lors d'une réunion avec le ministre des Finances Wilson, environ six semaines avant le dépôt du budget. Nous avons soulevé l'importance d'aider les familles à faible revenu. Le ministre a semblé intéressé et préoccupé par la chose, et c'est pourquoi j'espère qu'on fera des efforts dans ce sens. C'est crucial; je suis tout à fait d'accord avec vous.

M. White (Dauphin—Swan River): Bienvenue, monsieur Battle. J'aimerais vous poser deux questions.

Tout d'abord, il y a la question dont nous avons discuté ici ce matin, les prestations de sécurité de la vieillesse, les allocations familiales et le remboursement des prestations. Lorsque j'ai examiné le budget affecté au programme de la santé nationale et du bien-être social, j'ai remarqué que le total s'élevait à 32 milliards de dollars, dont les deux tiers sont affectés à la sécurité du revenu, principalement à la sécurité de la vieillesse et au supplément de revenu garanti. Le total s'élève à plus de 15 milliards de dollars par année.

D'après le budget que j'ai consulté, et si mes chiffres sont corrects, il existe aujourd'hui trois millions de Canadiens de plus de 65, ans et leur nombre doublera sous peu au cours de la prochaine décennie. Compte tenu de notre système entièrement indexé, et sans avoir pris connaissance des chiffres, j'ai peur d'imaginer quel sera le coût de ce programme. Il a augmenté de 1 milliard de dollars au cours de la dernière année.

Même si c'est une idée formidable—je suis le premier à avoir une conscience sociale et à vouloir protéger les citoyens—je me demande comment nous aurons les moyens de nous permettre un système comme celui-là si nous n'appliquons pas des dispositions visant le remboursement des prestations. Je sais que votre organisme a pour mandat d'effectuer des recherches et de publier des rapports sur les questions qui concernent les Canadiens à faible revenu. Je me demande simplement comment vous réagissez à cet état de choses. Avez-vous fait des études sur les coûts futurs de ces programmes et sur la façon dont nous pourrions jamais nous les permettre?

M. Battle: C'est toute une question. Je vais vous donner quelques réponses brèves. Nous n'avons pas fait de prévisions à aussi long terme, mais vous avez tout à fait raison. Toutefois, l'une des choses que nous avons commencé à faire dans notre dernier rapport, qui a précédé le dépôt du budget, et que je suis en train de mettre à jour, consiste à examiner les tendances sur le plan des dépenses à l'égard de chaque programme. Je

[Texte]

1989 dollars. In 1989 it is over \$16 billion. So it is a very substantial real increase.

• 1025

This is happening because there are more elderly Canadians. There are demographic projections around. The last time we looked at it we found that by the turn of the century there would be about 1 in 5 Canadians over 65. It is roughly 1 in 10 now. There is a huge demographic bulge going through the system, although that will not continue indefinitely. The baby boomers, people like me, will finally die off and the mix in the population will come down.

There is a demographic pressure that is going to be with us for the next couple of generations. It has enormous implications, not just for this spending but for provincial health spending, social services, and housing.

On the old age security, I think it is important to separate the various components. The flat rate is being proposed for the old age security part of it. Of course, there is also guaranteed income supplement money and a much smaller amount for spouses' allowance.

On that overall spending, one future area of possible savings is the guaranteed income supplement. It was introduced in 1967. It was intended to be a transitory program. It was supposed to wither away over the years as Quebec pension plans were brought in and matured and as private pension plans expanded and got better.

However, the private pension coverage has not increased. In fact, it has gotten worse over the last few years, with the result that there most low- and middle-income Canadians are going to have to continue to rely on the public parts of the pension system: the old age security programs and the pension plans.

We are concerned about the government pension plans. Almost half the seniors are still getting the guaranteed income supplement, which was intended to be an anti-poverty program. Spending on that is not as large as old age security.

The short response to your question is that we would like to see an improvement in the pension plans, so that in future people who are retiring would get a larger chunk of their retirement income from it, with a smaller demand on the guaranteed income supplement. This is one area where we think spending on health and welfare

[Traduction]

m'attache principalement aux programmes des services sociaux. Le principal secteur où ils continuent d'augmenter est celui de la sécurité de la vieillesse. Le montant de l'indexation des pensions de vieillesse au coût de la vie s'élevait en 1984 à 14 milliards de dollars, en dollars de 1989. Aujourd'hui, on dépasse les 16 milliards. C'est une augmentation réelle très substantielle.

Cela se produit parce qu'il y a plus de Canadiens âgés. Nous disposons de projections démographiques. La dernière fois que nous les avons examinées, nous avons constaté que, d'ici le tournant du siècle, environ 1 Canadien sur 5 sera âgé de plus de 65 ans. Cette proportion s'établit aux alentours de 1 sur 10 à l'heure actuelle. Un énorme renflement démographique est en train de passer dans le système, même s'il ne fait que passer. Les enfants du baby-boom, les gens comme moi, finiront par disparaître, et la situation va s'aplanir.

Des pressions démographiques continueront de s'exercer pendant deux ou trois générations. Cela comporte d'énormes incidences, non seulement pour ce qui touche cette dépense, mais également en ce qui a trait aux dépenses provinciales dans le secteur de la santé, aux services sociaux et au logement.

A propos de la sécurité de la vieillesse, je crois qu'il est important d'en distinguer les divers éléments. Le taux uniforme s'appliquerait à l'élément prestation de sécurité de la vieillesse. Bien sûr, il y a aussi le supplément de revenu garanti et la somme beaucoup plus modeste versée en allocation au conjoint.

Dans ces dépenses globales, il serait possible de réaliser des économies au chapitre du supplément de revenu garanti. Ce programme, mis en vigueur en 1967, devait être transitoire; on devait le supprimer progressivement au fil des ans, à mesure que le Régime des rentes du Québec prendrait de la maturité et que les régimes de pension privés s'amélioreraient.

Toutefois, la protection offerte par les régimes de pension privés ne s'est pas accrue. En fait, elle a diminué au cours des quelques dernières années, de sorte que la plupart des Canadiens à revenu faible ou moyen devront continuer de compter sur les éléments publics du système de pension, c'est-à-dire les programmes de sécurité de la vieillesse et les régimes de pension.

Nous avons des inquiétudes au sujet des régimes de pension gouvernementaux. Presque la moitié des aînés reçoivent encore un supplément de revenu garanti qui était destiné à aider les plus pauvres. Les dépenses à ce chapitre ne sont pas aussi importantes que pour la sécurité de la vieillesse.

Bref, nous aimerions voir s'améliorer les régimes de pension, pour que, dans l'avenir, les personnes qui prennent leur retraite en tirent une part plus importante de leur revenu de retraite et que le recours au supplément de revenu garanti diminue. C'est là un secteur où nous estimons que les dépenses liées aux programmes de santé

[Text]

programs in the future could be brought down. It is pretty strange when an anti-poverty program serves 49% of a chunk of the Canadian population.

Mr. White: Because of the threshold issue, I cannot say I am totally comfortable with it. It is the first time it has been tried. It has a certain arbitrary nature to it, and I want to be sure it is going to reflect reality.

If we are finding it is hurting people it should not be hurting, it has to be adjusted. I have to take what the minister says at face value and hope that this will be done. I agree with the concept because I think something had to be done. The private pension system is just a disaster. It is a real hodge-podge of different plans and programs, some indexed, some not, some non-existent.

• 1030

Mr. White: I have a problem with legislation forcing current private pension plans to be fully indexed, because that lets companies off the hook that have no programs. I wonder if it is within the realm of possibility to have a public pension system fully indexed, take everything away from the private companies, have a total public system under CPP or some other vehicle that is totally indexed and make sure that money is not available for the provinces to dip into whenever they want to.

Is that the ultimately best thing we could hope for as far as a pension system, so that 20 years down the road we have working Canadians who retire that are going to have a decent income based on a program like that?

Mr. Battle: You know, we are in an incredibly complicated area so I do not want to sound too simplistic, but—

Mr. White: I know. Maybe it is not a fair question.

Mr. Battle: By the way, on the old age pension, I was not trying to evade that. Frankly, whatever I may think about the claw-back on old age pension, in the future something will be done to the old age pension. If it were not the claw-back, it would be something else to get costs down on that program. I am convinced that politically there would be pressure to get some if not all of the money back from high-income pensioners. Now, you can argue whether it should be all of it or part of it, but anyway. . .

I think one of the ironies of pension reform is that there have been some improvements made to the private pension system. To the extent those improvements are made, the gap between the minority of Canadians who

[Translation]

et de bien-être pourront être réduites dans l'avenir. Il est tout de même bizarre qu'un programme de lutte contre la pauvreté s'applique à 49 p. 100 d'une tranche de la population canadienne.

M. White: En raison de toute la question du seuil, je ne peux pas dire que je suis parfaitement à l'aise avec cette idée. C'est une première tentative. Elle comporte un élément d'arbitraire, et je veux être certain qu'elle cadrera parfaitement avec la réalité.

S'il se révèle qu'elle fait vraiment du tort à certaines personnes, il faut qu'elle soit rajustée. Il me reste à prendre au pied de la lettre ce qu'affirme le ministre et à espérer qu'il en soit ainsi. J'appuie l'idée parce que je crois qu'il faut agir. Le système de pension privé est un vrai désastre; c'est un méli-mélo de différents régimes et programmes, certains indexés, d'autres pas, etc.

M. White: Je m'opposerais à une mesure législative qui viserait à assurer la pleine indexation des régimes de retraite privés, car cela semblerait décharger de toute responsabilité des entreprises qui n'offrent aucun programme de retraite à leurs employés. Un système de pension public, pleinement indexé, écartant complètement toute participation des compagnies privées, serait-il possible? Pourrait-on avoir dans le cadre du RPC, ou d'un autre régime, un système complètement public qui serait indexé et qui nous permettrait d'assurer que les provinces n'ont pas accès à la caisse de retraite quand bon leur semble?

Est-ce que c'est la meilleure chose qu'on puisse espérer? De cette façon, dans vingt ans, les Canadiens qui prendront leur retraite auront, grâce à ce programme, un revenu acceptable.

M. Battle: Comme vous le savez, il s'agit d'un domaine très compliqué, et je ne veux quand même pas trop simplifier les choses, mais. . .

M. White: J'en suis conscient. Cette question n'était peut-être pas très juste.

M. Battle: Je n'essayais pas d'éviter votre question sur la pension de vieillesse. Pour être honnête, que je sois d'accord ou pas avec les dispositions de récupération en ce qui a trait à la pension de vieillesse, le fait demeure qu'à l'avenir, il faudrait faire quelque chose en ce sens. Si on ne propose pas de disposition de récupération, il faudra qu'on propose d'autres mesures qui permettront de diminuer les coûts de ce programme. Je suis convaincu que certaines pressions seront exercées, au niveau politique, pour que les retraités à revenu élevé remboursent toutes ces prestations, sinon une partie. On peut longuement discuter de cette proposition, à savoir si ces retraités devraient rembourser le plein montant ou simplement une fraction, mais le fait demeure. . .

Il est ironique de constater que la réforme des pensions a donné lieu à certaines améliorations du système de pension privé. Grâce à ces améliorations, l'écart entre la minorité de Canadiens qui ont accès à des régimes privés

[Texte]

have private pensions and the majority who do not widens, which is why I think that hand and hand there have to be more improvements made on the public side.

The other thing, as you point out, is that to the extent governments make the private pension standards more stringent, both federal and provincial, then of course you can argue that is a dissentive for employers who do not have private pensions to offer them, because it is going to be more difficult for them to implement them.

That might even work against coverage. We might see a worse level of coverage to the extent that we keep improving private pensions. For that reason, I think it is essential that the Canada and Quebec pension plans, which already are fully indexed, which are fully portable, which cover people throughout their whole working lives and which are very good plans by design be improved, in the sense of replacing a larger percentage of people's income than they do now. Now it is only 25%.

That being said, I think there is still an important role for private pension plans for Canadians with above-average income. I should add in there RRSPs as well, or some kind of retirement savings vehicle.

I do not think that one could realistically have a purely public system that adequately met the retirement income needs of high-income Canadians. I just do not think that would be feasible. There has to be a role for the private sector for higher income Canadians, because in terms of earnings replacement it would be an enormous burden for public programs to replace the income of high-income people.

For low- and most middle-income Canadians, I do not think there is much hope that private pension plans will necessarily even cover them in future, and for that reason I think one has to look at the Canada-Quebec Pension Plan, which I think is a very sound plan.

On the other issue about the loans to the provinces, it does not have to be that way. Politically, I think it would be extremely difficult for the federal government to ask the provinces to pay up on what they borrowed out of those plans.

An expansion of the CPP and QPP does not necessarily mean that the fund would have to increase. I mean, we could go to a pay-go system, where we are just collecting enough to pay and to cover a couple of years of adjustment. I really think that the Canada and Quebec Pension Plans are the answer for most Canadians.

[Traduction]

et la majorité ne s'élargit pas, ce qui me pousse à croire qu'il faudra apporter d'autres améliorations aux régimes de pension publics.

Comme vous le signalez, les gouvernements, tant au palier fédéral que provincial, ont rendu les normes des régimes de pension privés plus strictes; certains pourraient donc soutenir que cette attitude dissuade les employeurs qui n'offrent pas de régime privé à leurs employés d'en offrir, car les dispositions de ces régimes seraient beaucoup plus difficiles à mettre en oeuvre.

De fait, cela pourrait influencer sur le type de protection assurée. Il se pourrait par exemple que plus les régimes de pension privés seront améliorés, moins la protection assurée suffira. C'est pourquoi il importe que le Régime de rentes du Québec et le Régime de pensions du Canada, qui sont déjà pleinement indexés, pleinement transférables, et qui protègent les travailleurs pendant toute leur carrière, il importe, dis-je, que ces deux très bons régimes soient améliorés et remplacent éventuellement une plus grande fraction du revenu des gens. Actuellement, ils ne remplacent que 25 p. 100 du revenu.

Cela dit, je crois que les régimes de pension privés continuent à jouer un rôle très important pour les Canadiens qui ont un revenu plus élevé. Il ne faut pas oublier que ces derniers ont accès à des REÉR, ou à d'autres programmes d'épargne-retraite.

Je crois qu'il serait impossible de mettre sur pied un système exclusivement public qui sache répondre aux besoins des Canadiens à revenu élevé une fois qu'ils ont pris leur retraite. Je ne crois pas que ce serait possible. C'est pourquoi le secteur privé peut jouer un rôle et aider les Canadiens à revenu plus élevé, car le remplacement des revenus des personnes à revenu élevé est un fardeau que ne saurait accepter un régime public de pension.

Même, je crois qu'il est fort peu probable que les Canadiens à faible ou moyen revenu soient protégés à l'avenir par des régimes de pension privés; c'est pourquoi je crois qu'il faut se concentrer tout particulièrement sur le Régime de pensions du Canada et le Régime de rentes du Québec.

Pour ce qui est de votre commentaire sur les prêts offerts aux provinces, les choses pourraient être différentes. Au point de vue politique, il serait fort difficile pour le gouvernement fédéral de demander aux provinces de rembourser les montants qu'elles ont empruntés à même ces caisses de retraite.

Un élargissement du RPC et du RRQ ne signifie pas nécessairement une augmentation de la caisse de retraite. Par exemple, on pourrait opter pour un système de financement ponctuel, soit obtenir des cotisations suffisantes pour avoir en caisse l'équivalent de deux années de pension. Je crois que la solution pour la majorité des Canadiens, ce sont le Régime de rentes du Québec et le Régime de pensions du Canada.

[Text]

Mme Gabrielle Bertrand (députée de Brome—Missisquoi): Monsieur Battle, je veux d'abord vous féliciter pour votre exposé.

M. Battle: Merci.

Mme Bertrand: Il se lit bien, il se comprend bien et il nous aide beaucoup. J'ai très hâte de voir le prochain.

En répondant à M. White, vous avez dit, je crois, que s'il y avait des coupures à faire quelque part dans le cas des personnes âgées, elles devraient être faites au programme du supplément du revenu garanti. Ai-je bien compris? C'est la première fois que j'entends dire que c'est une mesure temporaire, mais je suis relativement nouvelle. Est-ce vraiment dans ce domaine qu'on devrait effectuer des coupures?

• 1035

Avant-hier, il y avait à mon bureau une personne qui recevait 700 et quelques dollars par mois avec son supplément. Parce que cette pauvre dame de 78 ans a réussi à organiser un petit appartement à louer dans sa maison et qu'elle reçoit un revenu de location de 3,000\$, son supplément a été réduit de 139\$ par mois, ce qui est énorme pour elle. Je ne comprends pas votre réponse.

Mr. Battle: Let me explain better, because obviously I was not explaining it adequately. In looking at the guaranteed income supplement, I really was getting at a larger picture of pension reform.

One has this very strange situation nowadays where you can have a retired Canadian who gets the maximum under the Canada Pension Plan or Quebec Pension Plan—most of them do not, but they could—and gets his Old Age Pension, and if he does not have any income from a private pension plan, or from savings, or an RRSP, he would actually qualify for the guaranteed income supplement.

We have people who are getting the maximum under the Quebec Pension Plan and they are still qualifying for an anti-poverty program, because they still get some guaranteed income supplement.

Especially with the growth of the elderly population in the future, we are arguing that if the Canada and Quebec Pension Plans were stronger plans than they are now in terms of replacing income, they could take a lot of the pressure off the guaranteed income supplement. That could mean two things: one, as the elderly population grows in the future, a smaller percentage of them would have to rely on the guaranteed income supplement. Indeed, in an ideal world one could improve the guaranteed income supplement a lot easier if it were not going out to almost half the elderly, because the figures become just impossible. I guess what we are looking at is a broader national pension reform where instead of relying

[Translation]

Mrs. Gabrielle Bertrand (Brome—Missisquoi): Mr. Battle, I would like to congratulate you for your brief.

Mr. Battle: Thank you.

Mrs. Bertrand: It is easy to read, to understand, and it really makes things much easier for us. I cannot wait to see the next one.

If I am not mistaken, you said in an answer to Mr. White that if there were any cuts to make as far as senior citizens are concerned, they should be made to the GIS Program, is that right? This is the first time I have ever heard about it being a temporary measure, but then again I have only been in this business for a short time. Is this really where those cuts should be made?

The day before yesterday, a visitor to my office told me the Guaranteed Income Supplement gave her some \$700 a month. Since this poor 78-year-old lady had managed to set up a small apartment for rent in her house and receives rental income of \$3,000 a year, the government decided to cut \$139 per month from her GIS, which is quite a bit of money for her. I do not understand how you can explain this.

M. Battle: Je vais reprendre mes explications parce qu'il est évident qu'elles ne suffisaient pas. Quand j'ai fait tout à l'heure certains commentaires sur le supplément de revenu garanti, je les faisais dans un contexte plus général, soit celui de la réforme des pensions.

Il existe une situation fort étrange. Ainsi, un Canadien à la retraite, qui reçoit le montant maximum dans le cadre du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec—la majorité d'entre eux ne le reçoivent pas—mais c'est possible—et reçoit la Pension de vieillesse, et s'il n'a aucun revenu provenant de régimes de pension privés, ou d'économies, ou d'un REER, il pourrait même être admissible au Programme du supplément de revenu garanti.

Ainsi, certaines personnes reçoivent le montant maximum dans le cadre du Régime des rentes du Québec et sont quand même admissibles à un programme de lutte contre la pauvreté puisqu'ils reçoivent le supplément de revenu garanti.

Puisque la population âgée au Canada croît rapidement, nous croyons que si l'on renforçait le Régime de pensions du Canada et le Régime des rentes du Québec, et si ces régimes remplaçaient mieux le revenu des travailleurs, on pourrait ainsi alléger le fardeau qui est imposé au Régime du supplément de revenu garanti. Ainsi, deux choses seraient possibles: tout d'abord, même s'il y avait plus de personnes âgées au Canada, un nombre plus limité d'entre elles auraient besoin du supplément de revenu garanti. En effet, dans un monde idéal, on pourrait améliorer beaucoup plus facilement le Programme du supplément de revenu garanti si 50 p. 100 des Canadiens n'y avaient pas droit. Parce qu'à ce

[Texte]

on the guaranteed income supplement, Canadians would be getting more money out of the Quebec and Canada Pension Plans.

In effect, in terms of the financing, there would be less coming out of general tax revenue and more coming out of contributions. There is still a role for private pension plan improvement if some people get that. That is what I was getting at, not cutting people off guaranteed income supplement but giving them an alternative source of income to the guaranteed income supplement.

Mme Bertrand: Je sais que votre mandat est de vous intéresser plus particulièrement aux citoyens à faible revenu. Dans le cadre d'une politique familiale, avez-vous fait des études—j'aimerais bien que vous le fassiez—sur les avantages donnés aux parents ou aux familles avec enfants, qu'ils soient pauvres ou riches? À mon avis, les parents d'aujourd'hui, qui veulent avoir des enfants, qui pensent à la société de demain, ne semblent pas recevoir des gouvernements un signal leur indiquant qu'on les encourage, qu'on les approuve ou qu'on les aide.

Dans le régime fiscal en général, de quelle façon pourrait-on indiquer aux familles avec enfants qu'on reconnaît leur effort? Vous êtes-vous penchés sur cette question ou pourriez-vous le faire? Je sais qu'il y a d'autres organismes, comme l'Institut Vanier, qui le font. Je sais que cela n'est pas votre mandat, mais j'aimerais que vous le fassiez.

Mr. Battle: Yes, we are concerned about what you are talking about and it is obvious what province you come from. I mean, Quebec is the province that is... When people ask me about a *politique familiale*, it is a concept in French and I do not think in English Canada it really has any meaning. I think that is interesting.

I am referring here to the efforts of the Quebec government to improve benefits for families with children. We were concerned about tax reform in precisely the way you are talking about it when we were looking at the impact of the income tax changes, and we did a lot of very detailed calculations. Actually, groups like the Vanier used our figures.

It showed that the impact of tax reform was somewhat uneven, in that childless couples and single persons got better tax cuts, because most people got tax cuts for one year, than families with children. In fact in many cases, particularly with middle-income families, they ended up worse off because of the various changes being made to

[Traduction]

moment-là, les chiffres deviennent absolument incroyables. Je suppose que ce que nous voulons, tout compte fait, c'est une réforme plus générale des pensions nationales qui assurerait qu'au lieu de dépendre du supplément de revenu garanti, les Canadiens recevraient plus d'argent dans le cadre du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec.

Pour ce qui est du financement, on aurait moins recours aux deniers publics et on se servirait plus de cotisations. Évidemment, il y a quand même lieu d'améliorer les régimes de pension privés, pour ceux qui y ont droit. C'est ce que j'essayais de dire, je ne proposais pas qu'on refuse aux gens admissibles le supplément de revenu garanti, mais simplement qu'on leur offre une autre source de revenu.

Mrs. Bertrand: I know that your mandate deals mostly with low-income Canadians. In the context of a family policy, have you studied—and I hope you will do it—the various advantages that are offered to parents or to families with children, rich or poor? I think that people who want to have children, who are thinking of tomorrow's society, do not seem to receive any kind of encouragement from the government, any sign that the government approves of this decision or is willing to help them.

In the broad tax system, what kind of encouragement could we use to show families, people with children, that we are aware of the effort they have made? Have you studied this issue? If not, could you do it? I know that there are other groups, like the Vanier Institute, that do that kind of work. I know that it is not within your mandate, but I would still like you to study this issue.

M. Battle: Oui, nous nous préoccupons de la question que vous venez de soulever, et à vous entendre on devine facilement de quelle province vous venez. Après tout, le Québec est la province qui... lorsque les gens me parlent de politique familiale, c'est un concept français, il m'a l'air dénué de sens pour le Canada anglais. C'est d'ailleurs fort intéressant.

Je parle des efforts qu'a déployés le gouvernement du Québec pour améliorer les prestations, les avantages offerts à ceux qui ont des enfants. D'ailleurs, les propositions de réforme fiscale nous préoccupaient justement pour les raisons que vous avez mentionnées; nous avons par exemple étudié les répercussions des modifications proposées sur la famille et nous avons procédé à toutes sortes de calculs fort détaillés. En fait, des groupes comme Vanier se sont servis de nos chiffres.

Ils ont montré que les incidences de la réforme fiscale étaient quelque peu inégales en ce sens que les couples sans enfant et les célibataires ont bénéficié de réductions d'impôt plus intéressantes, parce que pour une année ils en ont eu dans la plupart des cas, que les familles avec des enfants. En fait, dans bien des cas, surtout dans celui des

[Text]

the child benefits in the tax system. It is a very real concern.

The argument you are making is one that one hears often. "Horizontal equity" is the technical term. The argument for universality of benefits is that the state should, on behalf of society, recognize the parenting contribution of all parents, regardless of income level, by paying child benefits throughout the income range. There is a particular concern about middle-income families losing child benefits.

My own organization discussed this last week at our meeting. My members remain convinced that there should be universal receipt of benefits, but retention of benefits as well. In other words, all families at all income levels should end up with some benefit from the government in recognition of their parenting responsibilities.

I should point out that there is an opposing point of view, which says one should use child benefits to help poor families. The Ontario Social Assistance Review Report, which reported about a year ago—I am sure some of you have seen that—argued for a very targeted benefit that would disappear at the middle-income level. It is a very different approach, one of taking most of your child benefit money and putting it into low-income families.

So you have a tension between the two objectives. It is a difficult one for people like me to deal with. Our council remains universalist in its approach.

The Chairman: Mr. Battle, just for my information, you have mentioned several times that about half of seniors are now getting the supplement. It seems rather high. I assume there are not a lot of abuses, but I guess like most Members of Parliament we do spend some time in seniors' homes, and I know for people who have no other source of income it is very difficult. There are others I think we all know in some areas who perhaps have divested themselves of income in order to become eligible for that. Is that a fairly minor thing, in your view?

Mr. Battle: I am on difficult ground here, Mr. Chairman, because I am not as familiar with the delivery end of the program as people from Health and Welfare would be. I suspect, though, you are correct, it would be a fairly minor problem.

I should have mentioned—I am glad you raise it—in talking about how almost half of seniors get the guaranteed income supplement, that the percentage of seniors who get the full supplement I think is something like 22% or 23%. I am speaking out of my head here.

[Translation]

familles à revenu moyen, on se retrouve dans une situation pire qu'avant à cause de divers changements qui sont apportés au régime des prestations pour enfants dans le régime fiscal. C'est une préoccupation bien réelle.

L'argument que vous avancez est un argument qu'on entend souvent. En langage technique, c'est ce qu'on appelle l'«équité horizontale». En vertu du principe de l'universalité des prestations, l'État devrait, se substituant à la société, récompenser la contribution de tous les parents, quel que soit leur niveau de revenu, en versant des prestations pour enfants aux familles de tous revenus. La perte de ces prestations dans les familles à revenu moyen constitue un sujet de préoccupation particulier.

Le Conseil en a justement discuté lors de sa dernière réunion, la semaine dernière. Les membres du Conseil sont toujours convaincus de la pertinence de l'universalité des prestations, mais également de celle de retenir des prestations. Autrement dit, toutes les familles, quel que soit leur niveau de revenu, devraient recevoir des prestations du gouvernement au titre des responsabilités qu'elles assument comme parents.

Je devrais signaler ici l'existence d'une thèse contraire, selon laquelle les prestations pour enfants devraient être utilisées pour fournir une assistance aux familles pauvres. Le rapport sur la révision de l'aide sociale en Ontario, publié il y a environ un an (je suis sûr que certains d'entre vous l'ont vu), témoigne en faveur de prestations destinées à un groupe bien précis, qui disparaîtraient une fois atteint le niveau de revenu moyen. C'est une vision tout à fait différente, qui répartit le gros des prestations pour enfants chez les familles à faible revenu.

Il y a donc une tension entre les deux objectifs. Et cette tension est particulièrement difficile à supporter pour les gens comme moi. L'approche du Conseil national demeure universaliste.

Le président: Monsieur Battle, une précision pour m'éclairer; vous avez répété souvent qu'environ la moitié des aînés touchent présentement le supplément de revenu garanti. Ce pourcentage me semble plutôt élevé. Je suppose que les abus ne sont pas fréquents, mais nous passons, comme la plupart des députés, un certain temps dans les maisons de retraite, et je sais que la situation des personnes qui n'ont aucune autre source de revenu est très pénible. Il y a bien sûr les autres, je crois que nous le savons tous, qui se sont peut-être départies du revenu afin d'être admissibles au supplément. Ce ne peut être un phénomène bien important, qu'en pensez-vous?

M. Battle: Je ne suis pas très à mon aise sur ce terrain, monsieur le président, parce que je ne connais pas cet aspect du programme aussi bien que les gens de Santé et Bien-Être social. J'ai cependant le sentiment que vous avez raison; ce ne serait pas un problème de taille.

J'aurais dû préciser, quand j'ai mentionné que près de la moitié des aînés touche le supplément de revenu garanti, je suis heureux que vous soyez revenu sur ce point, que le pourcentage des personnes âgées qui reçoivent le montant maximal est de 22 ou 23 p. 100, je

[Texte]

That level has been coming down, thank God, over the years—the the number of seniors, such that all they are getting basically is the old age pension, the guaranteed income supplement and, if they are lucky enough, a provincial supplement. So there has been some improvement there, in that fewer and fewer are relying on the full supplement. So I think when you get up around the income ranges you are thinking about the amount of guaranteed income supplement people get could be quite small. I would not imagine a lot of people decide to divest themselves. But I am sure it happens.

Of course, as you probably know it was made an income-tested as opposed to a needs-tested program on purpose, because the old pension, pre-1952, was a needs-tested one that would look at people's assets. From my reading of the history of social policy, that was very much disliked as an intrusion into people's lives, and I guess the government of the day decided in the 1960s, when they brought in the guaranteed income supplement, it would be based on income and not a needs test.

Mr. Reid (St. John's East): Mr. Battle, I am interested primarily in the question of income support and the atrociously named policy of "guaranteed annual income". In my province, which is Newfoundland, and in an economy that is seasonal and subject to the vagaries of nature, as well as markets and a number of other things, it is a concept that is important to look at over time—you are probably aware of the work of Doug House; a number of others have also talked about it. It is recognized that it is a very complicated process that involves a number of things. In the past in my research and in speaking on it, it has struck me the best approach is to be as broad as possible.

• 1045

You made a comment about the fact that so many of our social programs try to do more than they can or more than they were designed to do. Unemployment insurance is a big topic. It is my belief, first of all, that unemployment insurance—in Newfoundland at least at about \$840 million next year—is an income support program. The sooner we recognize that and admit it, the better off we are—and then design an income support program to do exactly that. It should also include things such as social assistance and some of the pension benefits we provide, particularly supplements, and others, and move towards a broad approach as quickly as we can.

One of the biggest problems we face, and one we do not seem to be able to address, is the working poor—people who are trapped in the economy. They are unable to qualify for government programs such as training and

[Traduction]

crois; je cite ce chiffre de mémoire. La proportion a diminué avec le temps, Dieu merci; elles touchent essentiellement la pension de vieillesse, le supplément de revenu garanti et, si elles ont de la chance, un supplément provincial. Il y a donc eu progrès sur ce chapitre, puisque de moins en moins de retraités ont besoin du montant maximal de supplément de revenu garanti. Par conséquent, je dirais qu'une fois arrivé aux environs des revenus auxquels vous faisiez allusion, le montant du supplément versé serait effectivement bien petit. Je ne pourrais imaginer que beaucoup de gens décident de se dépouiller, mais je suis certain que cela se produit.

Évidemment, comme vous le savez certainement ce programme se voulait un programme fondé sur le revenu plutôt que sur les besoins parce que l'ancien régime de pension, celui qui était en vigueur avant 1952, était fonction des besoins et tenait compte du patrimoine des gens. Selon mon interprétation de l'histoire de la politique sociale, cette formule a beaucoup déplu parce qu'on y voyait une intrusion dans la vie privée des gens, et je suppose que le gouvernement de l'époque a décidé en 1960, lorsqu'il a créé le supplément de revenu garanti, que celui-ci serait fondé sur le revenu et non sur les besoins.

M. Reid (St. John's-Est): Monsieur Battle, la question qui m'intéresse le plus est celle du soutien du revenu et, par conséquent, la politique au nom horrible de «revenu annuel garanti». Dans ma province, c'est-à-dire à Terre-Neuve, l'activité économique est saisonnière et soumise aux caprices de la nature, aussi à celles des marchés et à bien d'autres choses, c'est un concept qu'il est important d'examiner sur une certaine période—vous êtes sans doute au courant du travail de Doug House; d'autres en ont également parlé. On reconnaît qu'il s'agit d'un processus très compliqué qui met en cause bien des choses. Par le passé, dans mes recherches et dans mes interventions, j'ai pu constater que la meilleure approche était de voir le plus grand possible.

Vous avez souligné qu'un grand nombre de nos programmes sociaux étaient exploités au maximum et qu'ils débordaient ce pour quoi ils avaient été conçus. L'assurance-chômage est un bon exemple. Pour ma part, je crois que l'assurance-chômage—qui à Terre-Neuve atteindra près de 840 millions l'an prochain—est en fait un programme de soutien du revenu. Il serait utile de nous en rendre compte sans trop tarder—car nous pourrions alors concevoir un véritable programme de soutien du revenu. Un tel programme devrait également inclure l'aide sociale et d'autres prestations de pension, surtout les suppléments et d'autres, en somme nous devrions élargir notre approche le plus rapidement possible.

L'un de nos gros problèmes, un problème que nous sommes impuissants à résoudre, semble-t-il, c'est la situation des travailleurs pauvres—en fait ceux qui sont victimes de l'économie. Ces gens-là ne sont pas

[Text]

upgrading because they are employed, but they are unable to make themselves unemployed and then sit around and wait till they can get on lists.

Can you give me some sense of some of the complications in dealing with this? I recognize there are jurisdictional problems. It is the belief of some that this is much more a provincial responsibility and a provincial issue. We are paying the tab on much of it. At least half of the Newfoundland budget is federal funding—CAP is 50:50, as are equalization and EPF. Can you give us some sense of the complications?

Just in closing, I absolutely agree with you the moves we have seen using the tax system are the direction in which we are going. In many ways we have moved to at least designing a mechanism for tax reform, and it is there. I recognize the concern that people are unfamiliar with the tax system and have to use it. Can you give me some perception of the size of the problem?

Mr. Battle: You have touched on some of them yourself. It is an enormous topic. Often when we talk about how to improve social programs—any kind of government program—there is this notion of radical or large-scale change and incremental change. I am sure you have heard those terms. Over the years I have become more and more of an incrementalist just because I have been beaten down into being an incrementalist.

To think we can take a sheet of paper, or a computer, and design a wonderful new system that will meet the needs of everybody and will be cost-efficient and sensible, I think is not a very realistic way of looking at changes to social programs and employment programs. Therefore, in looking at this topic I, too, do not like the words “guaranteed annual income”. I would just as soon never hear them again. People do not know what you are talking about. To one person it may mean one thing and to another person it means a different thing.

I speak from personal experience because I went across Ontario and B.C. talking about this concept a couple of years ago with the Canadian Council on Social Development, a sister organization. We were exploring the idea of what we called a core income program that would provide income supplementation for the working poor, as you suggest. I found a lot of confusion in people's minds when you talked about things like this, and a lot of distrust too. I think one has to look at what we can do with the existing system. Obviously unemployment insurance changes are needed. I agree with you what you said about the income supplementation function of UI. I

[Translation]

admissibles à l'aide des programmes gouvernementaux, par exemple à la formation ou au perfectionnement, parce qu'ils occupent un emploi et qu'ils sont incapables de se mettre en chômage et attendre d'être inscrits sur les listes.

Pourriez-vous m'expliquer jusqu'à quel point il est difficile de tenir compte de leur situation? Bien sûr qu'il y a des problèmes de chevauchement des compétences. Certains estiment qu'il s'agit surtout d'une responsabilité provinciale, d'une question qui relève de la province. Pourtant, c'est nous qui payons une bonne partie de la note. Au moins la moitié du budget de Terre-Neuve est financée par le gouvernement fédéral—le programme d'assistance publique du Canada est partagé à parts égales, tout comme la péréquation et le financement des programmes établis. Pouvez-vous nous donner une idée de ces complications?

Pour terminer, je suis parfaitement d'accord avec vous, nous cherchons désormais à intervenir par le biais du régime fiscal. C'est ainsi que nous avons élaboré une réforme fiscale qui a déjà été mise en oeuvre. Je sais qu'il y a un problème, que les gens ne sont pas familiers avec le régime fiscal et qu'il leur faudra y recourir. Pouvez-vous me donner une idée de l'envergure de ce problème?

M. Battle: Vous en avez déjà souligné certains aspects. C'est un problème énorme. Souvent, quand nous examinons des moyens d'améliorer les programmes sociaux—n'importe quel programme public—il est question de changement radical ou d'envergure et de changement progressif. Je suis certain que vous avez déjà entendu ces mots. Avec les années, je suis devenu de plus en plus gradualiste à force de me faire rebattre les oreilles avec cette notion.

S'imaginer qu'il suffit de prendre une feuille, ou bien un ordinateur, et de concevoir un nouveau système merveilleux qui répondrait aux besoins de tout le monde et qui serait à la fois économique et généreux, je ne pense pas que ce soit une façon réaliste d'envisager des changements aux programmes sociaux et aux programmes d'emploi. Voilà pourquoi, en examinant cette question, moi non plus je n'aime pas les mots «revenu annuel garanti». Je ne voudrais plus en entendre parler. Les gens ne savent pas de quoi il s'agit. Pour quelqu'un cela signifie telle chose et pour quelqu'un d'autre cela signifie autre chose.

Je parle par expérience personnelle ayant parcouru l'Ontario et la Colombie-Britannique il y a à peu près deux ans avec des membres du Conseil canadien de développement social, une association soeur. Nous étions alors en train d'examiner ce que nous appelions un programme global de revenu qui assurerait un revenu d'appoint aux travailleurs pauvres comme vous l'avez dit. J'ai constaté qu'il y avait beaucoup de confusion dans l'esprit des gens quand on parlait de choses semblables, beaucoup de méfiance aussi. Je pense qu'il faut d'abord voir ce que l'on peut faire avec le système actuel. Il est certain que des changements s'imposent dans le domaine

[Texte]

am quite sympathetic with the Forget report on it, that UI is a polyglot program that tries to do too much.

• 1050

The working poor are very, very important. More than half of low-income families are headed by somebody in the labour force, and that has not changed for a number of years. What do we do to reinforce the work motivation of the working poor and improve their situation? In terms of how we get towards what we are talking about, some of the things I have talked about already could do that. If the refundable sales tax credit that I was mentioning earlier is beefed up substantially and delivered and fully indexed and fully integrated with provincial social assistance, which is crucial so welfare recipients will not lose benefits from their welfare—if, if, if all of those things—it would be a major step forward in this country to improving the situation for the working poor, because those people do not now get relief from the full amount of federal sales taxes. They just get relief for a small amount.

Improvements to child benefits—the government has improved the refundable child tax credit quite a bit.

If you add up those benefits that are delivered through the tax system, we are making progress towards helping the working poor, but there is still a lot more to do. There are the single people without children. I think we have to see some kind of improvement in tax-delivered support for the working poor.

The other suggestion I would put forward to the committee is one we have been talking about with the finance minister for the last several years: a low-income tax credit. Although improvements in the federal sales tax credit are welcome, and we hope they will be even larger, there are still a lot of working poor Canadians who are carrying a pretty heavy income tax burden. We would like to see some form of tax relief for the working poor. If they are paying a substantial chunk of their income, in some cases 8%, 9%, or 10% in federal and provincial income taxes, we see that as a real disincentive to people to stay in the labour force. It is with those kinds of collections of policies that I think we can move towards the goal of a guaranteed income, if you will.

Mr. Cole (York—Simcoe): Just one question, Mr. Battle, from something you alluded to in your opening remarks. It relates to the overlap and the difficulty individuals have in trying to find the sources of various programs. There was a study done, I believe, about December from York University. I do not know whether you are aware of it or not. It related to social programs

[Traduction]

de l'assurance-chômage. Je suis d'accord avec ce que vous avez dit au sujet de la fonction supplément de revenu de l'assurance-chômage. Et je vois d'un très bon oeil ce que le rapport Forget dit à ce sujet, à savoir que l'assurance-chômage est un programme polyvalent dont on veut tirer trop de choses.

Les travailleurs pauvres sont une classe très très importante. Plus de la moitié des familles à faible revenu ont comme chef de ménage quelqu'un qui occupe un emploi, et la situation n'a pas changé depuis des années. Que faisons-nous pour renforcer la motivation du travailleur pauvre et pour améliorer sa situation? Sur les moyens à prendre pour en arriver là, quelques-uns des moyens dont je vous ai parlé existent déjà. Si, comme je le mentionnais tout à l'heure, le crédit remboursable pour la taxe de vente était étoffé substantiellement, indexé complètement et intégré aux programmes d'aide sociale des provinces, pour éviter que les bénéficiaires de l'aide sociale ne perdent pas leurs prestations—si, si et si toutes ces choses arrivaient—ce serait un grand pas en avant pour améliorer la situation du travailleur pauvre, car à l'heure actuelle ces gens-là ne bénéficient pas entièrement du crédit remboursable pour la taxe de vente. Ils n'en bénéficient qu'en partie.

Pour ce qui est des améliorations aux prestations pour enfants, le gouvernement a amélioré quelque peu le crédit d'impôt pour enfants.

Si vous additionnez tous ces avantages qui sont attribués par le biais du régime fiscal, nous faisons de grands progrès pour améliorer le sort du travailleur pauvre, mais il reste beaucoup à faire. Il y a le cas des célibataires sans enfant. D'autres améliorations devront être apportées par le biais du régime fiscal en faveur du travailleur pauvre.

L'autre proposition que je voudrais faire au Comité est celle dont nous avons discuté avec le ministre des Finances au cours des dernières années: un crédit d'impôt pour les gagne-petit. S'il est vrai que les améliorations apportées au crédit remboursable pour la taxe de vente sont les bienvenues, et nous espérons qu'il y en aura d'autres, il reste beaucoup de gagne-petit dont le fardeau fiscal est très lourd. Nous souhaitons que le travailleur pauvre bénéficie d'un allègement de son fardeau fiscal. S'il doit verser en impôt une partie substantielle de son revenu, dans certains cas 8, 9 ou 10 p. 100 en impôt fédéral et provincial, c'est une façon de les dissuader de conserver un emploi. Je crois que c'est à l'aide de ces différentes politiques que nous pourrions atteindre l'objectif du revenu garanti pour ainsi dire.

M. Cole (York—Simcoe): Juste une question, monsieur Battle, au sujet d'une chose dont vous avez parlé dans votre exposé préliminaire. Il s'agit du chevauchement et des difficultés qu'éprouvent les particuliers à trouver la source des différents programmes. L'Université York a publié une étude vers le mois de décembre, je pense. Je ne sais pas si vous en avez entendu parler. Cette étude

[Text]

and their overlap and their often repetitious approach to various people and various groups. The difficulty is there are three levels of government involved and a number of volunteer groups and a number of crisis support groups.

How can we work through this maze of authority, if you like, to put something down or do something to streamline the system? I venture to say that the costs we are incurring throughout this country because of overlap and because of these types of structural changes... Is there something the National Council could look at to present a plan, a guideline—a direction, if you like—for all these agencies so we get them on side so there is a place for that individual to call?

I receive phone calls and I do not know where to begin. You call this one, and they say, that is sort of our area, but it is not, and somebody else may be able to take it over. That is my concern. I think it is more of a concern than what we really may even realize. I think a lot of people fall through the cracks as a result of that. Is there anything the National Council could be doing to look at that?

• 1055

Mr. Battle: You are probably right. I certainly share your concern about that problem. Frankly, it is one we have never really looked at directly and probably should. I will take it to my council at our meeting next week and put it on the table as something we might want to look at.

Sometimes it is as simple as a telephone call. A couple of years ago I wrote to the regional municipality of social services in Ottawa, which, of course, is the first point of contact for people within the Ontario welfare system. The Ontario system is worse than most other provinces because of the two levels, municipal and provincial.

We simply asked them to put welfare in the blue pages with a number, because it was not there. They said they would do it, and I remember checking and it was. I do not know if it is in this edition. We were literally getting so many calls from people simply asking where they should call for welfare. People are catching on to the blue pages, and I think that would help. It is a very simplistic, little thing.

You can go all the way up to what we can do about programs, which is so complicated. I think some attempts have to be made to combine some social programs. A good example is the federal child benefits where we have family allowance, refundable child tax credit, and non-refundable child tax credit. We have a supplement to the refundable child tax credit for kids under six. A non-refundable credit is paid double the amount for the third

[Translation]

concerne les programmes sociaux et le chevauchement auquel ils donnent lieu et la façon dont ils visent souvent les mêmes personnes et les mêmes groupes. La difficulté est qu'il existe trois paliers de gouvernement, de nombreux groupements bénévoles et les groupes d'aide d'urgence.

Comment s'y retrouver dans ce labyrinthe de pouvoirs pour ainsi dire, pour proposer quelque chose ou pour tenter de rationaliser le système? J'ose dire que ce qu'il nous en coûte à cause de ces redondances et à cause de ces différents changements de structure... Le Conseil national a-t-il quelque chose à proposer, un plan, une ligne de conduite—une orientation si vous voulez—pour que tous ces organismes agissent de concert, afin que le particulier sache à qui s'adresser?

Je reçois des appels téléphoniques et je ne sais pas par où commencer. Vous appelez tel organisme qui dit que cela le concerne, mais ce n'est pas le cas, et peut-être qu'un autre serait mieux placé pour s'en occuper. Voilà ce qui m'inquiète. Je pense même que c'est une chose qui doit nous inquiéter davantage. Je pense qu'une clientèle importante échappe aux différents programmes à cause de cela. Y a-t-il quelque chose que le Conseil national pourrait faire pour pallier cette situation?

M. Battle: Vous avez probablement raison. Je partage votre point de vue sur ce problème. J'avoue que nous ne nous sommes jamais intéressés directement à la question et que nous devrions sans doute le faire. J'en saisisrai mon Conseil au cours de la séance de la semaine prochaine.

Il suffit parfois d'un simple appel téléphonique. Il y a quelques années, j'ai écrit à la municipalité régionale des services sociaux à Ottawa, qui est naturellement le premier point de contact pour les personnes qui dépendent du système de bien-être social en Ontario. Le système ontarien est moins efficace que dans la plupart des autres provinces parce qu'il comporte deux niveaux, le municipal et le provincial.

Nous leur avons simplement demandé d'inscrire le numéro des services de bien-être dans les pages bleues. On nous a promis de le faire et je me rappelle qu'après vérification, j'ai constaté que cela avait été fait. Je ne sais pas si le numéro figure dans l'édition courante. Nous recevions énormément d'appels de personnes qui voulaient savoir où s'adresser pour obtenir de l'aide. Les gens s'en remettent aux pages bleues et je pense qu'elles constituent un moyen utile. C'est si simple à faire.

On peut décrire les mesures à prendre concernant les programmes, ce qui est compliqué. Je pense qu'il faudrait essayer de combiner certains programmes sociaux. Le programme fédéral de prestations pour enfants, qui comprend les allocations familiales, les crédits d'impôt pour enfants remboursables et les crédits d'impôt pour enfants non remboursables, constitue un bon exemple. Il existe un supplément au crédit d'impôt pour enfants

[Texte]

child and subsequent children. It is really a confusing system.

I could easily see collapsing those programs into two—a family allowance and a refundable credit—or even one program as one way of getting at that problem.

Provincially, it is much more difficult. I know the Ontario Social Assistance Review, the report under Justice George Thompson, was concerned about that. They were trying to simplify, to “de-complicate” is a better term, the Ontario welfare system which was so confusing that they could not even understand it. I remember I met with some of the commissioners and they were just dumbfounded at how complicated Ontario’s welfare system is. They have a number of very good proposals to reform the Ontario social assistance system so it is somewhat less complicated.

One of the big recommendations is for opportunity planners, a new level of bureaucrat who will help individual welfare recipients deal with the maze of available government and private voluntary social programs and supports. I think the idea is to take people on a one-on-one basis and try to put together a plan of action for them. You literally need people specialized in navigating through the system.

Those are not adequate answers, but they are the kinds of things I think we have to look at. I will take your suggestion seriously to my council and perhaps we could look at that as a problem.

Mr. Cole: Thank you. I would appreciate hearing your response.

Mrs. Clancy: Mr. Battle, I want to go back to something you said about the guaranteed income supplement. You said that one-half of seniors would be receiving some guaranteed income supplement and 23%, I believe that is the figure you used, were receiving the full GIS.

Mr. Battle: Those are rough.

Mrs. Clancy: Would it be fair to say that the preponderance of seniors receiving the full benefit would be female?

Mr. Battle: Yes.

Mrs. Clancy: Would it also be fair to say that of those senior citizens receiving the full GIS, the majority had probably not worked outside the home during their lifetimes?

Mr. Battle: Yes, you are right. You are pointing to an interesting thing about the guaranteed income supplement, or about today’s elderly, that we have to keep

[Traduction]

remboursable pour les enfants de moins de six ans. Un crédit non remboursable deux fois plus élevé est accordé à compter du troisième enfant. Le système est vraiment compliqué.

Pour résoudre le problème, je concevrais très bien qu’il n’y ait que deux programmes, les allocations familiales et le crédit remboursable, ou même un programme unique.

Au niveau provincial, c’est beaucoup plus difficile. Je sais que le juge George Thompson s’est intéressé à la question dans son rapport, *Ontario Social Assistance Review*. Les auteurs du rapport ont essayé de simplifier ou, en d’autres mots, de rendre moins complexe le système de bien-être social de l’Ontario, qui est tellement compliqué qu’ils n’ont même pas réussi à le comprendre. Je me souviens d’avoir rencontré certains membres de la commission qui ont dit avoir été abasourdis par la complexité du système ontarien. Ils ont formulé de très bonnes recommandations en vue de simplifier le système de bien-être social en Ontario.

Une des recommandations les plus importantes concerne la création d’un poste de planificateur; il s’agit d’un nouveau niveau de fonctionnaires qui auront pour tâche d’aider les bénéficiaires à s’y retrouver dans le dédale des programmes et mesures de soutien social volontaire publics et privés. Si j’ai bien compris, il s’agirait de prendre les gens individuellement et d’essayer d’établir un plan d’action qui leur convienne. Il faut véritablement doter le système de pilotes pour aider les gens à s’orienter.

Ces solutions ne sont pas adéquates, mais il s’agit du genre de choses dont nous devons nous occuper. Je soumettrai sérieusement votre suggestion à mon Conseil, et nous pourrions peut-être examiner la question comme un problème à résoudre.

M. Cole: Merci. J’aimerais entendre votre réponse.

Mme Clancy: Monsieur Battle, j’aimerais revenir à quelque chose que vous avez dit au sujet du supplément de revenu garanti. Vous avez dit que la moitié des personnes âgées recevrait un supplément de revenu garanti partiel et que 23 p. 100, je crois que c’est le chiffre que vous avez employé, reçoivent le plein supplément de revenu garanti.

M. Battle: Grosso modo.

Mme Clancy: Est-il juste de dire que la majorité des personnes âgées bénéficiaires du plein supplément seraient des femmes?

M. Battle: Oui.

Mme Clancy: Est-il également juste de dire que parmi les personnes âgées recevant le plein supplément de revenu garanti, la majorité serait probablement composée de personnes qui n’auraient jamais travaillé à l’extérieur de la maison?

M. Battle: Oui, vous avez raison. Vous soulevez un aspect intéressant concernant le supplément du revenu garanti, ou les personnes âgées, dont nous devons tenir

[Text]

in mind when we look at pension reform. A big clump of elderly are poor widows who never worked in the labour force, or if they did, very little, whose husbands did not have a good private pension plan or any at all, and who are heavily reliant on federal and provincial governments for all of their income. Over time that will become a shrinking problem to some extent, because there have been some improvements made in the retirement income system, and of course, more and more women will have labour-market-related retirement income of their own. So I think we are going to see a change in the nature of the guaranteed income supplement category as the years go on. You are right. Remember, most of the people getting the full GIS are women.

• 1100

The other problem of course is that since women outlive men, you have a lot of very elderly widows who are receiving that money. So you are right on that.

Mrs. Clancy: I had a case in my riding that surprised me at the time. It was the case of a widow of a government official—she is in her nineties now. This woman receives a provincial government pension, which in actual fact outstrips what her husband's salary was, because he retired in the middle 1950s. Yet with that and the old age pension, she still qualifies for a percentage of the GIS. We are talking about a very low level of funding here.

Mr. Battle: There is one thing I should point out about the guaranteed income supplement. The reason close to one-half of the seniors still get it is that governments over the years have been improving the benefit.

You get into this bind. You want to raise the guaranteed income supplement to help the low-income elderly. But every time you improve it, it pushes the income level up to people who are getting a partial benefit. It is a very difficult, tricky problem. The only way to get around that is to change what is called the recovery rate. It is now 50% of other income. Your GIS is reduced by 50% of other income, other than old age security. You could make that higher and that would be a way of improving benefits and not pushing it way up the income level. But it is very difficult. We are looking at that right now, actually.

Ms Langan: I have a couple of questions on poverty. Maybe if I give you the questions you could answer them all at once.

First of all, the National Council on Welfare prepares an annual report on poverty lines in Canada. What trends have appeared? Has the council looked at how far below

[Translation]

compte dans la réforme des pensions. Un fort pourcentage des personnes âgées sont des veuves démunies qui n'ont jamais travaillé à l'extérieur de la maison, sinon très peu, dont les conjoints n'avaient pas de bons régimes de pension privés ou même aucun régime, et qui dépendent beaucoup des gouvernements fédéral et provinciaux pour assurer leur subsistance. Le problème finira par s'atténuer dans une certaine mesure en raison des améliorations apportées au système de revenu de retraite; de plus, un nombre croissant de femmes auront elles-mêmes acquis un régime de pension sur le marché du travail. Aussi, je pense que la composition des bénéficiaires de supplément de revenu garanti va effectivement se modifier au cours des années. Il faut se rappeler que la majorité des bénéficiaires du supplément de revenu garanti sont des femmes.

Naturellement, l'autre problème est que puisque les femmes vivent plus longtemps que les hommes, il y a beaucoup de femmes très âgées qui reçoivent le supplément. Vous avez donc raison à ce sujet.

Mme Clancy: Dans ma circonscription, j'ai eu connaissance d'un cas qui m'a beaucoup surprise. Il s'agissait de la veuve d'un fonctionnaire, une nonagénaire. Elle touche une pension du gouvernement provincial, qui en fait est plus élevée que le salaire que touchait son mari car ce dernier avait pris sa retraite au milieu des années cinquante. Or, malgré ces deux revenus, elle a tout de même droit à une certaine tranche de supplément de revenu garanti, quoique très faible.

M. Battle: J'aimerais souligner quelque chose au sujet du supplément de revenu garanti. La raison pour laquelle près de la moitié des personnes âgées reçoivent encore des prestations, c'est que les gouvernements ont amélioré les prestations au cours des années.

Un dilemme se pose. Le gouvernement veut hausser le supplément de revenu garanti pour aider les personnes âgées à faible revenu. Or, toute hausse des prestations accroît le revenu au niveau de celui des personnes qui reçoivent des prestations partielles. Il s'agit d'un problème délicat. La seule façon de contourner la situation consiste à modifier ce qu'on appelle le taux de récupération. Il est actuellement de 50 p. 100 des autres sources de revenu, c'est-à-dire que le supplément de revenu garanti est réduit de 50 p. 100 des autres sources, exception faite de la sécurité de vieillesse. Le pourcentage pourrait être haussé, de manière à améliorer le niveau des prestations tout en évitant qu'il atteigne le niveau de revenu. Mais c'est très difficile. Nous examinons actuellement la question.

Mme Langan: J'ai plusieurs questions au sujet des personnes pauvres. Je pourrais peut-être toutes vous les poser du même coup pour que vous y répondiez immédiatement.

Premièrement, le Conseil national du bien-être social prépare chaque année un rapport sur les seuils de pauvreté au Canada. Quelles sont les tendances qui se

[Texte]

the poverty line these people are situated? I am interested, for example, in Saskatchewan and B.C. Can you project what the poverty line is likely to be by 1997? I will not ask you any additional questions until you have answered those.

Mr. Battle: In terms of the poverty trends, we are working on our update to the poverty profile—our annual report which looks at trends. I hope to get that out this summer. We have been delayed by other events like the budget and so on.

This year, through the co-operation of Statistics Canada, I have a lot more information about poverty in each province, so we will be able to give a somewhat better view of poverty. One of the things we have noticed in trends over the years is that there are phenomenal differences between regions and provinces, as you would imagine. It is the same as unemployment and average incomes and so on.

In terms of the overall trends, I will not get into specific numbers, but there has been a substantial decline in poverty since 1984. Let us look at the trends over the long term. Poverty came down during the 1970s with the growth of real incomes, a lot of which was due to the rising labour force participation of women, working wives.

There was a recession in 1981-82. Poverty went up very substantially from 1981 to 1984, but it has been coming down quite steadily since 1985. Let me explain one of the graphics we are going to show. I took the national unemployment rate and then the overall poverty rate, which you would assume would be very close, and they are absolutely identical. It is astonishing; they just mirror each other. One has to be careful about that.

• 1105

Yes, fighting unemployment is a way of fighting poverty. There is no question that if on an overall basis you get the jobless rate down, you get the poverty rate down. But of course even if we had a 2% unemployment rate we would still have pockets of poverty, and that is the other thing we look at in our studies.

One of the very worrisome figures is the rate of poverty amongst single mothers with children. Among single-parent mothers it is about 56%. It is about 47% or 48% for single mothers who are in the labour force. Almost half of them are poor and there has not been much improvement in their situation. That is one concern we have.

Poverty among the elderly has come down a lot. The one really bright spot in Canadian poverty trends is the

[Traduction]

dégagent? Le Conseil a-t-il établi où se situent les personnes visées en deça du seuil de pauvreté? Je m'intéresse par exemple au cas de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Pouvez-vous prévoir quel sera le seuil de pauvreté en 1997? J'attendrai ma réponse à cette question avant de vous en poser d'autres.

M. Battle: En ce qui concerne les tendances de la pauvreté, nous travaillons actuellement à la mise à jour du profil de pauvreté—le rapport annuel dans lequel nous examinons les tendances. J'espère obtenir les résultats au cours de l'été. Les travaux ont été retardés par d'autres événements, notamment le budget.

Cette année, grâce à la coopération de Statistique Canada, je dispose de beaucoup plus de renseignements sur la pauvreté dans chaque province; nous serons donc en mesure de dresser un tableau plus fidèle de la question. Une des choses que nous avons remarquées au sujet des tendances au cours des années, c'est qu'il existe des différences considérables d'une région à l'autre et d'une province à l'autre, comme vous pouvez le supposer. La situation est la même que pour le chômage, la moyenne des revenus, etc. . .

En ce qui concerne les tendances générales, sans citer de chiffres précis, il y a eu une régression importante de la pauvreté depuis 1984. Voyons quelles sont les tendances à long terme. La pauvreté a diminué au cours des années 1970 avec la croissance des revenus réels, imputable en bonne partie à la présence croissante des femmes sur le marché du travail.

En raison de la récession de 1981-1982, le niveau de pauvreté s'est sensiblement accru, de 1981 à 1984, mais depuis 1985, il a régressé de façon constante. Permettez-moi de vous expliquer un des tableaux que nous verrons. J'ai pris comme exemple le taux de chômage national et ensuite le taux de pauvreté général qui, comme vous pouvez le supposer, sont très similaires; en fait, ils sont absolument identiques. C'est étonnant; ils se ressemblent comme deux gouttes d'eau. Il faut y faire attention.

Oui, combattre le chômage constitue une façon de combattre la pauvreté. Sur un plan global, il ne fait pas de doute que vous abaissez le taux de pauvreté lorsque vous diminuez le taux de chômage. Bien sûr, même si nous avions un taux de chômage de 2 p. 100, la pauvreté ne disparaîtrait pas complètement, mais c'est là l'autre aspect de nos études.

L'une des données les plus inquiétantes est le taux de pauvreté chez les mères célibataires. Ce taux se situe en effet à environ 56 p. 100 au sein de cette clientèle alors qu'il est d'environ 47 ou 48 p. 100 pour les mères célibataires qui sont sur le marché du travail. Près de la moitié de ces femmes sont pauvres et leur situation ne s'est guère améliorée. Il s'agit là de l'une de nos préoccupations.

La pauvreté a beaucoup régressé chez les personnes âgées. L'une des tendances les plus manifestes dans le

[Text]

declining rate of poverty among the elderly. Now elderly families have a lower poverty rate than non-elderly families. It always used to be the opposite, so we will be looking at those trends in some detail.

The poverty gap is a very interesting concept. You do not want to know just how many people overall there are below the various Statistics Canada low-income lines but rather how far below are they. We are doing some research on that in updating our report "Women in Poverty". Again I am speaking out of my head here. I cannot give you exact figures.

When we look at the so-called poverty gap, which is how far below poverty lines the various groups are, the worst off are single mothers with young children, and single young people, in that they are furthest below the poverty line in terms of average income. Elderly people are least worst off because of the guaranteed income supplement, the old age security, and the provincial supplements in the six provinces that have them. Although they do not keep single people above the poverty line, they do take them fairly high up to it. They are relatively better off than other poor people. Then families with kids are kind of in the middle. We are going to be looking at those kinds of poverty gaps.

Here I will give an advertisement for one of my competitors. Next week the Canadian Council on Social Development will be putting out its fact book on poverty, which is similar to the kind of work we do, although they do not do it every year. It will be looking at this very issue of poverty gaps. You might want to look for that next week.

Ms Langan: What about by 1997?

Mr. Battle: By 1997—I do not have the numbers here but, yes, we can project poverty lines because they are indexed to the cost of living, and by using estimates from the budget I can project ahead. I do not have the figures with me, but I could provide them to you, showing what the poverty lines might look like in 1997, depending on the rate of inflation.

Mrs. Clancy: You talked earlier about the difficulty in coming to terms with the Canadian welfare system with all of its component parts across the country. Do you have some suggestion for streamlining that system and making it more accessible?

[Translation]

domaine de la pauvreté au Canada est le taux de diminution de la pauvreté chez les personnes âgées. Maintenant, les familles composées de personnes âgées affichent un taux de pauvreté inférieur aux autres types de familles. Habituellement, nous nous trouvions toujours dans des situations opposées, aussi, nous examinerons ces tendances d'une manière assez détaillée.

L'écart de pauvreté est un concept très intéressant. Vous ne cherchez pas seulement à savoir combien de personnes se situent dans l'ensemble en dessous des divers seuils de faible revenu de Statistique Canada, mais plutôt jusqu'à quel point elles se situent en dessous de ces seuils. Nous en sommes en train d'effectuer des recherches sur cette question afin de mettre à jour notre rapport «La femme et la pauvreté». Une fois de plus, je n'ai aucun document avec moi. Je ne peux vous fournir de données exactes.

Lorsque nous examinons cet écart de la pauvreté, qui permet de déterminer jusqu'à quel point les revenus des divers groupes se situent en dessous des seuils de pauvreté, nous nous apercevons que les plus mal pris sont les mères célibataires ayant de jeunes enfants, et les jeunes célibataires, en ce sens que leur revenu moyen est celui qui est le plus inférieur au seuil de pauvreté. Les personnes âgées s'en tirent mieux en raison du supplément de revenu garanti, de la sécurité de la vieillesse et des suppléments provinciaux qui sont versés dans six provinces. Même si ces prestations ne permettent pas aux célibataires de se situer au-dessus des seuils de pauvreté, elles leur permettent au moins de s'en approcher. Ces personnes se trouvent dans une situation relativement meilleure que les autres groupes de personnes pauvres. Puis, il y a les familles avec enfants qui se situent à peu près entre les deux. Nous avons l'intention d'examiner ces types d'écarts de pauvreté.

Ici, je ferai un peu de publicité pour l'un de mes concurrents. La semaine prochaine, le Conseil canadien de développement social publiera son recueil de données sur la pauvreté, qui ressemble au genre de travail que nous effectuons, même s'ils ne le font pas chaque année. Ce document traitera d'ailleurs de cette question des écarts de pauvreté. Vous pourriez peut-être chercher à obtenir cette publication la semaine prochaine.

Mme Langan: Et en 1997?

M. Battle: En 1997—je n'ai pas les chiffres ici avec moi, mais oui, nous pouvons prévoir les seuils de pauvreté parce qu'ils sont indexés au coût de la vie, et grâce aux prévisions contenues dans le budget. Je n'ai pas les chiffres avec moi, mais je peux vous les transmettre, ce qui vous permettra d'avoir une idée des seuils de pauvreté en 1997, selon le taux d'inflation.

Mme Clancy: Vous avez parlé plus tôt de la difficulté qu'il y a à comprendre le fonctionnement du réseau de bien-être social canadien ainsi que de toutes ses composantes dans l'ensemble du pays. Avez-vous des suggestions à formuler afin de rationaliser ce réseau et de le rendre plus accessible?

[Texte]

Mr. Battle: We have lots of suggestions. We did a report a couple of years ago called "Welfare in Canada", which had 52 or 53 policy recommendations. That is the most we have ever made. Most of those were addressed to the provincial government, but some to the federal government as well, on how to improve provincial social assistance programs. A number of those recommendations were supported in the Thompson report in Ontario, although it looked in much more depth at the Ontario system.

A lot of our recommendations touched on two themes, one of which you just mentioned, sir, the one about complexity. We made a number of recommendations to try to reduce the complexity of social assistance programs—having fewer categories, streamlining application procedures, and making the appeal system simpler and easier to understand.

I think almost half of our recommendations, one way or another, related to the theme of making the system more open, both to clients or prospective clients, to elected representatives, and also even to the people who operate the system because a lot of the welfare administrators are as much a victim of the welfare system as the people who use it.

• 1110

I think one of the good things about the Thompson report is that they heard from labour unions representing welfare workers, from administration and so on about the problems they have trying to administer that system.

The other kinds of recommendations I would emphasize on social assistance is the indexation of welfare benefits, which is absolutely essential. So far only Nova Scotia and Quebec have regular indexation on welfare benefits. Ontario has de facto, because every year for the last four or five years they have been raising welfare benefits higher than the rate of inflation. That is another proposal. We think there should be more information made available by both the federal and provincial governments. It is shocking how little information we have about people on welfare. I cannot tell you right now how many single parents in Canada are on welfare, because we do not know; the information is not available. In part it is because of differences in how provinces report and collect information.

You might be interested that I had a visit from the Auditor General's office. This year they are looking at the Canada Assistance Plan as one of their areas and they were questioning me on this very issue about access to

[Traduction]

M. Battle: Nous avons beaucoup de suggestions. Il y a quelques années, nous avons produit un rapport intitulé «Le Bien-être social au Canada», qui contenait 52 ou 53 recommandations. Il s'agit du plus important que nous ayons jamais préparé. La plupart de ces recommandations s'adressaient aux gouvernements provinciaux, mais certaines visaient aussi le gouvernement fédéral et proposaient des façons d'améliorer les programmes d'aide sociale provinciaux. Un certain nombre de ces recommandations ont été reprises dans le rapport Thompson publié en Ontario, même si celui-ci examinait de façon beaucoup plus approfondie le réseau ontarien.

Bon nombre de nos recommandations portaient sur deux thèmes, l'un que vous venez tout juste de mentionner, soit celui de la complexité du réseau. Nous avons formulé un certain nombre de recommandations afin d'essayer de simplifier les programmes d'aide sociale—réduire le nombre de catégories, rationaliser la présentation des demandes, et simplifier le processus d'appel afin qu'il soit plus facile à comprendre.

Je crois que près de la moitié de nos recommandations visaient d'une manière ou d'une autre à rendre le système plus ouvert, à la fois pour les clients actuels ou potentiels, pour les représentants élus et même pour les personnes qui l'administrent parce qu'un bon nombre des administrateurs sont tout autant victimes du système de bien-être social que les gens qui en bénéficient.

Je crois que l'une des qualités du rapport Thompson est que ses auteurs ont entendu le point de vue des syndicats représentant les travailleurs recevant de l'aide sociale, de l'administration et des autres intervenants en ce qui touche aux problèmes que pose l'administration du système.

Un autre type de recommandation que je voudrais signaler en matière d'aide sociale est l'indexation des prestations, ce qui est absolument essentiel. Jusqu'à maintenant, il n'y a que la Nouvelle-Écosse et le Québec qui procèdent à une indexation régulière des prestations d'aide sociale. En fait, l'Ontario aussi, puisque cette province a haussé les prestations d'aide sociale à un taux supérieur à l'inflation au cours des quatre dernières années. Il s'agit d'une autre proposition. Nous croyons que les gouvernements fédéral et provinciaux devraient diffuser davantage d'information. Il est choquant de constater le peu d'information qui est publié sur les gens bénéficiant de l'aide sociale. Je ne peux vous dire actuellement combien de parents célibataires reçoivent de l'aide sociale au Canada parce que nous ne le savons pas; ces renseignements ne sont pas disponibles. Cette difficulté est en partie attribuable aux différentes méthodes utilisées par les provinces pour rassembler l'information et la diffuser.

Un détail qui pourrait vous intéresser: des représentants du Bureau du vérificateur général sont venus me visiter. Cette année, ils passent en revue le Régime d'assistance publique du Canada et ils m'ont

[Text]

information under the Canada Assistance Plan, because we literally do not know very much about the welfare system. It is not just how many single parents, but we do not know in a systematic way how long people stay on welfare. What evidence there is shows that there is a lot of turnover in the welfare caseload, but we do not know that on a regular basis. We do not know the changing nature of the welfare clientele over the years. We know that more people are unemployable, but we do not have good figures. Just by having access to good information we could better understand the system and we would be 100% further ahead than we are now.

The Chairman: If there are no more questions, I would like to thank you very much for appearing before the committee today.

Before members leave, could I ask for a continuance on vote 1? This is just a continuation of the existing vote that we had. I think we passed it two meetings ago and it is just a continuation of that as we hear witnesses.

Some hon. members: Agreed.

Vote 1 allowed to stand

The Chairman: I would remind all committee members of the meeting Thursday morning. The Hon. Barbara McDougall will appear before the committee. That meeting is 9.30 a.m. here in this same room.

This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

interrogé à ce sujet et à propos des renseignements qui sont disponibles en vertu du Régime d'assistance publique du Canada, parce qu'en fait, nous n'en savons pas beaucoup au sujet du système de bien-être social. Il ne s'agit pas seulement de connaître le nombre de parents célibataires qui reçoivent de l'aide sociale, mais nous n'avons aucun moyen systématique nous permettant de déterminer combien de temps les gens touchent de l'aide sociale. Les renseignements que nous possédons montrent qu'il y a beaucoup de roulement dans la clientèle, mais nous ne disposons pas de données régulières. Nous ne savons pas comment évolue la clientèle au cours des années. Nous savons que plus de gens sont sans emploi, mais nous n'avons pas de données valables. Si nous avions simplement accès à des données fiables, nous pourrions mieux comprendre le système et nous serions beaucoup plus avancés que nous ne le sommes maintenant.

Le président: S'il n'y a pas d'autres questions, j'aimerais vous remercier beaucoup d'être venu comparaître devant le Comité aujourd'hui.

Avant que les membres s'en aillent, pourrais-je demander la poursuite de l'examen du crédit 1? Il s'agit juste de poursuivre la tâche que nous avons entreprise. Je crois que nous l'avons étudié il y a deux séances et qu'il s'agit d'en poursuivre l'examen en entendant des témoins.

Des voix: D'accord.

Le crédit 1 est réservé

Le président: Je rappelle à tous les membres du Comité la séance de jeudi matin. L'honorable Barbara McDougall comparaitra alors devant le Comité. Cette séance doit commencer à 9h30 et être tenue ici même.

La séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président.



*If undelivered, return COVER ONLY to
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESS

From the National Council of Welfare:

Ken Battle, Director.

TÉMOIN

Du Conseil national du bien-être social:

Ken Battle, directeur.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 3

Thursday, June 8, 1989

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 3

Le jeudi 8 juin 1989

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Main Estimates 1989-90: Votes 25 and 35 under
EMPLOYMENT AND IMMIGRATION

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1989-1990: crédits 25
et 35 sous la rubrique EMPLOI ET IMMIGRATION

APPEARING:

The Honourable Barbara McDougall
Minister responsible for the
Status of Women

WITNESS:

(See back cover)

COMPARAÎT:

L'honorable Barbara McDougall
Ministre responsable de la
Condition féminine

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)

Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Le greffier du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, JUNE 8, 1989

(5)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:35 o'clock a.m. this day, in Room 112-N Centre Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Joy Langan, Paul Martin, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White.

Acting Members present: Ken Atkinson for Stanley Wilbee, Dawn Black for Chris Axworthy, Girve Fretz for Bruce Halliday, Barry Moore for John Cole.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Antony G. Jackson and Joan Vance, Research Officers.

Appearing: The Honourable Barbara McDougall, Minister responsible for the Status of Women.

Witness: From Status of Women Canada: Kay Stanley, Coordinator.

The Order of Reference dated Friday, April 28, 1989, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1990, being read as follows:

Ordered,—That Votes 25 and 35 under EMPLOYMENT AND IMMIGRATION be referred to the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women.

The Chairman called Votes 25 and 35.

The Minister made a statement and, with the witness, answered questions.

Vote 25 was allowed to stand.

Vote 35 carried.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 8 JUIN 1989

(5)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit, aujourd'hui à 9 h 35, dans la pièce 112-N de l'Édifice du centre, sous la présidence de Bob Porter, (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Joy Langan, Paul Martin, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White.

Membres suppléants présents: Ken Atkinson remplace Stanley Wilbee; Dawn Black remplace Chris Axworthy; Girve Fretz remplace Bruce Halliday; Barry Moore remplace John Cole.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Antony G. Jackson et Joan Vance, attachés de recherche.

Comparâit: L'honorable Barbara McDougall, ministre chargé de la condition féminine.

Témoin: De Condition féminine Canada: Kay Stanley, coordinatrice.

Lecture de l'ordre de renvoi du vendredi 28 avril 1989 ayant trait au Budget des dépenses principal pour l'exercice se terminant le 31 mars 1990 est donnée en ces termes:

Il est ordonné,—Que les crédits 25 et 35 inscrits sous la rubrique EMPLOI et IMMIGRATION soient déferés au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine.

Le président met en délibération les crédits 25 et 35.

La Ministre fait une déclaration, puis elle-même et le témoin répondent aux questions.

Le crédit 25 est réservé.

Le crédit 35 est adopté.

À 11 heures, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE*[Recorded by Electronic Apparatus]**[Texte]*

Thursday, June 8, 1989

• 0934

The Chairman: Order, please. I see we have a quorum.

On Friday, April 28, 1989, the House of Commons ordered, pursuant to Standing Order 81, Employment and Immigration votes 25 and 35 to be referred to the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women. Vote 25 is related to the Advisory Council on the Status of Women, and vote 35 is related to the Status of Women, Office of the Coordinator.

• 0935

At this time I would like to welcome the Minister, the Hon. Barbara McDougall. It is a pleasure to have you here this morning to meet with the committee. I would also like to welcome once again Ms Kay Stanley, who has met with the committee previously for a briefing session, and Louise Bergeron-de Villiers, who is a Deputy Coordinator. We thank all of you for coming. At this time I would ask the minister to begin her presentation, reminding members, as well as those making a presentation, of the time constraints we are under today. We have another presentation to follow with Sylvia Gold. So at this time, Madam Minister, we look forward to your presentation.

Hon. Barbara McDougall (Minister of Employment and Immigration and Minister Responsible for the Status of Women): Thank you very much, Mr. Chairman. I will begin by giving a bit of an overview, and I will try to go through my presentation fairly quickly, so there is time for questions and answers.

Les fonctions de Condition féminine Canada peuvent se répartir en trois principales activités.

La première est l'analyse et l'élaboration de politiques. Ce rôle consiste à analyser les programmes et les projets du gouvernement du point de vue de leur incidence sur les femmes et à contribuer à l'élaboration de programmes gouvernementaux ayant un intérêt particulier pour les femmes.

Cette fonction implique une coordination entre les ministères, les provinces et les territoires. Elle aboutit à la formulation de recommandations visant à améliorer la situation des femmes, recommandations que je sou mets à mes collègues du Cabinet.

La deuxième activité de l'organisme est celle des relations intergouvernementales et non gouvernementales. Elle comprend des consultations suivies avec les provinces

TÉMOIGNAGES*[Enregistrement électronique]**[Traduction]*

Le jeudi 8 juin 1986

Le président: La séance est ouverte, puisque nous avons le quorum.

En conformité de l'article 81 du Règlement, la Chambre des communes a ordonné le vendredi 28 avril 1989 le renvoi des crédits 25 et 35, sous la rubrique Emploi et Immigration, au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine. Le crédit 25 se rapporte au Conseil consultatif sur la situation de la femme, et le crédit 35 au Bureau de la coordonnatrice de Condition féminine Canada.

Je souhaite la bienvenue à l'honorable Barbara McDougall. Madame la ministre, c'est avec plaisir que le comité vous accueille ce matin. Je souhaite à nouveau la bienvenue à madame Kay Stanley, qui est venue à une occasion précédente informer le comité, et à Louise Bergeron-de Villiers, coordonnatrice adjointe. Avant de demander à la ministre de nous faire son exposé, je voudrais rappeler aux membres du comité, de même qu'à nos témoins, les contraintes auxquelles nous sommes soumis aujourd'hui: en effet, nous devons entendre un autre témoin après la ministre, soit Sylvia Gold. Pour l'instant, madame la ministre, je vous cède la parole.

L'honorable Barbara McDougall (ministre de l'Emploi et de l'Immigration et ministre chargée de la Condition féminine): Merci beaucoup, monsieur le président. J'essayerai de vous faire mon exposé le plus rapidement possible, pour que vous ayez le temps de poser vos questions. Laissez-moi d'abord vous donner un aperçu général.

Status of Women Canada is in charge of three major activities.

The first activity is policy analysis and development; those whose responsibility it is to analyse government programs and projects with regard to their impact on women, and help develop government programs that are particularly interesting for women.

This role involves a certain co-ordination among departments, provinces and territories, and involves the forming of recommendations aimed at improving the status of women, which I submit to my colleagues in Cabinet.

Our second activity is that of inter-governmental and non-governmental relations. It involves liaison with the provinces and the territories, women's groups, academics,

[Texte]

et les territoires, et la liaison avec les groupements féminins, les universitaires, les gouvernements d'autres pays et d'autres organisations et particuliers qui s'intéressent aux dossiers féminins.

Cette activité me permet de me tenir au courant de l'évolution de l'opinion publique au sujet des questions intéressant les femmes. En même temps, nous nous efforçons de faciliter les rapports entre les personnes ou les groupes et le gouvernement fédéral. D'autre part, l'organisme et moi-même représentons le Canada lors de rencontres internationales concernant la condition féminine.

Enfin, Condition féminine Canada exerce une importante fonction d'information et de communication. Son objectif est de faire connaître aux groupements féminins et au public les priorités et les programmes du gouvernement fédéral qui ont trait à la situation de la femme.

Within these broad categories, Status of Women Canada has undertaken a wide variety of activities over the past year, and these include: participation in the consultations surrounding federal family violence initiatives; national and provincial workshops on child sexual abuse; co-ordination of the development, production and distribution of "The Canada-U.S. Free Trade Agreement and Women: An Assessment"; sponsorship of a workshop on employment equity; development and publication of a directory of federal government programs and services for women to increase women's access to existing federal government services; development and publication of "Dimensions of Equality: An Update of the Federal Government Work Plan for Women". It is quite a good little book actually. I do not know how many of you have had a chance to see it. It describes the progress made between 1984 and 1988 by the federal government on issues of particular concern to women. Activities have also included the co-ordination and preparation of the national response to the United Nations questionnaire assessing the implementation of the Nairobi Forward Looking Strategies; co-ordination of a joint meeting of Ministers Responsible for Status of Women and Education, addressing in particular access of women to education with special emphasis on math, science and technology, and the intergration of work and family responsibilities.

[Traduction]

foreign governments and other organizations, particularly those concerned with women's issues.

This activity allows me to keep abreast of public opinion on women's issues. We also try to facilitate co-ordination between individuals or groups and the federal government. Status of Women Canada and myself represent Canada at international meetings on the status of women.

Status of Women Canada also plays an important role in information and communication. Its objective is to provide information to women and to the general public on government priorities and programs dealing with issues of interest to women.

Dans cette perspective, Condition féminine Canada a entrepris tout une gamme d'activités au cours de la dernière année, notamment: elle a participé aux consultations entourant les initiatives qu'a lancées le fédéral pour contrer la violence dans la famille; elle a participé à des ateliers nationaux et provinciaux sur l'exploitation sexuelle des enfants; elle a coordonné la mise en oeuvre, la production et la distribution d'un document intitulé «L'accord de libre-échange Canada—États-Unis et les femmes—Une appréciation»; elle a parrainé un atelier sur l'équité en matière d'emploi; elle a mis au point et publié un répertoire des programmes et services offerts aux femmes par le gouvernement fédéral visant à aider les femmes à mieux se prévaloir des services du gouvernement fédéral; elle a préparé et publié la brochure «Les dimensions de l'égalité: Une mise à jour du plan d'action du gouvernement fédéral concernant les femmes», qui est une excellente petite brochure que vous n'avez peut-être pas eu l'occasion de lire et qui décrit les progrès accomplis par le gouvernement fédéral entre 1984 et 1988 dans les dossiers qui intéressent les femmes. Parmi nos autres activités, il y a eu la coordination et la préparation de la réponse du Canada au questionnaire des Nations unies sur les stratégies prospectives d'action de Nairobi; la coordination d'une réunion fédérale-provinciale des ministres chargés de la situation de la femme et de l'éducation, réunion devant porter tout particulièrement sur l'accès des femmes à l'instruction dans des matières comme les mathématiques, les sciences et la technologie et aussi sur l'intégration du travail et des responsabilités familiales.

• 0940

The issue of women and work has once again occupied a large part of our agenda as we continued our efforts to remove obstacles to women's full participation in the labour force. As I reported last December to the House of Commons, valuable benchmark data were provided by employers covered by the Employment Equity Act in submitting their first annual reports on employment

La question des femmes au travail a occupé à nouveau un grande partie de nos efforts et nous continuons à les déployer en vue de faire tomber des obstacles qui empêchent la femme de participer pleinement au marché du travail. Comme je l'ai dit en décembre dernier à la Chambre des communes, on a réussi à poser des jalons de grande importance lorsque les employeurs ont soumis

[Text]

equity. But these reports show that there is still a lot of progress to be made, and I am looking forward to this year's report.

Much still remains to be done to encourage fair and equal treatment of women in the labour force. Despite women's increasing involvement in the economic sphere, many disparities remain in career mobility, in the range of employment opportunities available and in pay. The average wage of women working full time is still 66% of men's earnings, and Status of Women Canada is continuing to work to find ways of reducing that gap.

We have also worked to improve pensions available to women. The portability, vesting, equality and credit-splitting provisions that were improved under amendments to the Pension Benefits Standards Act will have a beneficial effect on women as will a number of similar changes to the Canada Pension Plan.

Le gouvernement est toujours déterminé à poursuivre la mise en oeuvre de la Stratégie nationale sur la garde des enfants d'ici la fin de son mandat. Les dispositions de la Stratégie offrant une assistance fiscale aux familles ayant de jeunes enfants sont entrées en vigueur dans l'année fiscale 1988. La Caisse d'aide pour des projets spéciaux en matière de garde d'enfants a déjà financé un certain nombre d'études pour identifier les besoins des familles canadiennes en matière de garde d'enfants. Voici des exemples de projets que la Caisse a appuyés.

Le Conseil tribal de Meadow Lake, en Saskatchewan, s'est vu octroyer une subvention de 199,000\$ pour dispenser des conseils techniques et une aide financière à chacune de ses 10 bandes afin qu'elles puissent définir leurs besoins en matière de services de garde et prendre les moyens d'y répondre.

Les Instituts féminins du Canada ont reçu 25,450\$ pour organiser un séminaire d'une journée en vue d'établir les paramètres d'une étude sur les besoins de services de garde en milieu rural au Canada.

En outre, notre gouvernement a récemment déposé un projet de loi visant à modifier la Loi sur l'assurance-chômage. Les modifications proposées ont pour but d'améliorer le système de prestations et de congés parentaux de maternité et de maladie afin de mieux répondre aux besoins des parents qui travaillent à l'extérieur du foyer. Ce système offrira 15 semaines de prestations de maternité, 10 semaines de prestations parentales disponibles aux parents naturels ou adoptifs, soit au père ou à la mère, soit partagé entre les deux, au choix, de même que 15 semaines de prestations de maladie.

[Translation]

leur premier rapport annuel sur l'équité en matière d'emploi tel que les y oblige la loi. Ces rapports montrent néanmoins qu'il reste toujours beaucoup de chemin à faire, et j'attends avec grande hâte de voir les rapports de cette année.

Il reste encore beaucoup à faire pour encourager les employeurs à traiter équitablement les femmes sur le marché du travail. Malgré la participation accrue des femmes dans le domaine économique, il reste néanmoins de nombreuses disparités à vaincre dans la mobilité de carrière, dans la gamme de possibilités d'emploi et dans les salaires. Le salaire moyen de la travailleuse à temps plein reste toujours égal à 66 p. 100 de celui du travailleur à temps plein, et mon ministère continue à chercher d'autres façons de réduire cette marge.

Nous avons également beaucoup fait pour rendre plus intéressantes les pensions offertes aux femmes: en effet, les dispositions d'amendements apportés à la Loi sur les normes des prestations de pension et régissant la transférabilité, l'immobilisation obligatoire des droits, l'égalité et le partage du droit à pension auront sans aucun doute un effet bénéfique sur les pensions des femmes, tout comme les changements similaires apportés au Régime de pensions du Canada.

The government is still determined to implement a national strategy on child care before the end of its mandate. The tax provisions offering assistance to families with young children were already implemented during fiscal year 1988. The Child Care Initiatives Fund has already financed certain studies needed to identify the child care needs of Canadian families. Here are examples of the projects financed by the fund.

The Tribal Council of Meadow Lake in Saskatchewan received a grant of \$199,000 to give technical advice and financial assistance to each of its 10 bands in order for them to determine and meet their needs in child care.

The Federated Women's Institutes of Canada received \$25,450 to organize a one-day seminar aimed at defining the parameters of a study on child care needs in rural Canada.

Moreover, our government recently submitted a bill to amend the Unemployment Insurance Act. The objective is to improve benefits and parental, maternity and sick leave in order to meet the needs of parents who both work outside their home. The system will offer 15 weeks of maternity benefits, 10 weeks of parental benefits for natural or adoptive parents—and these could be for the father or the mother, or split between the two—and 15 weeks of benefits due to illness.

[Texte]

One of the things that continue to preoccupy us is family violence. Last June the government announced an allocation of \$40 million over four years as part of the family violence initiatives, and \$22.5 million of this amount has been allocated for 500 new short-term shelter units for crisis assistance. That will assist an additional 25,000 women and their children seeking refuge from an abusive situation.

As we pursue these initiatives, we are actively participating along with several other departments, including National Health and Welfare, Secretary of State, Solicitor General, and Justice, in organizing a family violence forum that is going to be held on June 18 to June 21. The forum will enable family violence experts from across Canada to share information and contribute to the development of long-term plans for national responses to family violence. That is in Ottawa, I believe.

Actually, Mr. Chairman, that is something in which the committee members might be interested. There will be sessions there that I am sure they would find really quite instructive and helpful.

• 0945

On another topic, Status of Women played an active role in bringing the issue of new reproductive technologies onto the public agenda, and now that the royal commission has been announced, the federal-provincial territorial working group that has been working on reproductive health will turn its attention to other issues that concern reproductive health, such as teen pregnancy, women and AIDS, and hormonal replacement therapy.

Another topic of considerable concern is the critical importance of language training to the integration of immigrant women into the labour force. Last October we announced a \$25 million initiative to assist immigrant women through the delivery of basic language skills overseas, the expansion of orientation and language assistance programs in Canada, and increased workplace training for immigrant women.

The close co-operation between Status of Women and Employment and Immigration and women's groups in developing all these initiatives is a further example of the approach we have taken in Status of Women, which is stated quite fundamentally in the Status of Women motto, "Partners in Action". Women are joining the work force in growing numbers and the government is striving to remove or reduce the difficulties many women find hamper their career progression. Later this year we can expect a report of the Task Force on Barriers to the Employment and Promotion of Women in the Public Service. Despite very strong political will and leadership

[Traduction]

Nous continuons de nous inquiéter de la violence dans la famille. En juin dernier, le gouvernement a annoncé une allocation de 40 millions de dollars sur quatre ans dans le cadre de ses initiatives pour contrer la violence dans la famille, dont 22,5 millions seront consacrés à la construction de 500 nouveaux abris destinés à aider d'urgence les familles à court terme. Ces abris viendront aider 25,000 femmes et enfants de plus qui auraient à se protéger de la violence.

Parallèlement à ces initiatives, nous participons activement avec d'autres ministères—notamment Santé et Bien-être social, le Secrétariat d'État, le Solliciteur général et la Justice—à l'organisation d'un forum sur la violence dans la famille qui aura lieu du 18 au 21 juin prochain. Ce forum réunira des spécialistes en violence familiale de partout au Canada et leur permettra de partager l'information et de contribuer à l'élaboration d'une stratégie nationale à long terme pour contrer la violence dans la famille.

Monsieur le président, ce forum—qui aura lieu à Ottawa, je crois—pourrait intéresser les membres de votre Comité. Les sessions d'information pourraient vous sembler très instructives et utiles.

Dans un autre ordre d'idées, Condition féminine Canada a réussi, en s'y engageant activement, à faire porter à l'avant-scène les questions des nouvelles techniques de reproduction. Maintenant que la mise sur pied d'une commission royale d'enquête a été annoncée, le groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé des femmes et la reproduction pourra maintenant se tourner vers d'autres questions qui concernent tout autant la santé des femmes que leur reproduction, soit la grossesse chez les adolescentes, le SIDA chez les femmes et l'hormonothérapie de remplacement.

Autre sujet d'importance: la formation linguistique qui est d'importance cruciale pour l'intégration des femmes immigrantes dans la main-d'oeuvre. En octobre dernier, nous avons annoncé une initiative de 25 millions de dollars destinés à aider les femmes immigrantes: il s'agissait d'un programme qui permettait de dispenser les connaissances de base linguistique outre-mer, qui élargissait les programmes d'aide et d'orientation linguistique au Canada et qui mettait l'accent sur la formation sur les lieux du travail pour les immigrantes.

Par cette étroite collaboration entre Condition féminine Canada, le ministère de l'Emploi et de l'Immigration et les groupes féminins, destinés à élaborer toutes ces initiatives, vous voyez là un exemple de plus de la façon pragmatique dont nous envisageons notre devise, à Condition féminine Canada, soit «partenaires dans l'action». En effet, puisque les femmes sont de plus en plus nombreuses sur le marché du travail, le gouvernement cherche à supprimer les obstacles ou à réduire les difficultés qui pourraient empêcher les femmes de progresser dans leur carrière. Plus tard au cours de l'année, nous pouvons nous attendre à recevoir un

[Text]

at the senior levels of the Public Service, clearly there are still problems, and we are looking forward to the conclusions of the task force to provide us with insight and potential solutions in a very hands-on way, which we can then share with other sectors, I believe, if they are fairly substantive, which we are expecting.

J'aimerais maintenant attirer votre attention sur le document qui vous a été soumis, la Partie III du Budget des dépenses de Condition féminine Canada. Vous remarquerez que les prévisions pour 1989-1990 représentent une augmentation des besoins financiers par rapport au budget de 1988-1989.

Il y a eu une augmentation de 387,000\$, ou 12 p. 100, qui porte le total des besoins financiers de l'organisme à 3,608,000\$ pour 1989-1990.

L'augmentation du Budget des dépenses est causée par la hausse de l'affectation de salaires et des avantages sociaux ainsi que les coûts liés à la préparation de la rencontre des ministres du Commonwealth responsables des questions féminines, rencontre qui se tiendra en 1990.

Le Canada aura le privilège d'être l'hôte de la troisième réunion des ministres du Commonwealth responsables de la Condition féminine. La réunion succédera à deux rencontres précédentes, l'une à Nairobi, au Kenya, en 1985, et l'autre à Harare, au Zimbabwe, en 1987. Lors de cette dernière rencontre, un plan d'action sur la question des femmes et du développement a été adopté. Les 49 États membres ont décidé d'intégrer les préoccupations féminines dans tous les domaines d'action, de la planification économique aux programmes de formation, en passant par les bourses d'étude et les programmes de formation.

Je suis également fière de mentionner que le Canada a été réélu à la Commission des Nations Unies sur la situation de la femme pour un troisième mandat consécutif de quatre ans à partir de 1989.

In 1990 an extended session of that commission will review the efforts and progress of countries in implementing the forward-looking strategies that were developed in Nairobi.

On another topic, it is no secret that our government has indicated the need for a comprehensive human resource strategy for the coming decade if we are going to compete in world markets. The role of women as active members of the labour force is a very important factor in that, so in 1989-90 Status of Women in Canada will be focusing its efforts in the following areas:

1. Monitoring the implementation of the federal strategy to integrate work and family responsibilities, which will

[Translation]

rapport du Groupe d'étude sur les obstacles à l'emploi et à la promotion des femmes dans la fonction publique. Il est évident qu'il reste de nombreux problèmes, malgré une volonté politique très forte et le leadership aux niveaux les plus élevés de la fonction publique, et c'est pourquoi nous espérons que les conclusions du Groupe d'étude nous donneront une plus juste perspective de la situation et nous présenteront des solutions possibles et directes aux problèmes, solutions que nous pourrions partager avec d'autres secteurs, dans la mesure où elles sont bien fondées, comme nous l'espérons.

I would now like to call to your attention the paper that was submitted to you, Part III of the Estimates of Status of Women Canada. You will notice that the Estimates for 1989-90 represent an increase in our financial requirements compared to 1988-89.

There has been an increase of \$387,000 or 12%, which gives a total of \$3,608,000 for our 1989-90 financial requirements.

This is due to an increase in salaries and benefits and to an increase of costs associated with the preparation for a meeting of Commonwealth ministers responsible for women's issues which will be held in 1990.

Canada will be privileged to host the Third Meeting of Commonwealth Ministers Responsible for the Status of Women. The two preceding meetings were held in Nairobi, Kenya, in 1985, and in Harare, Zimbabwe, in 1987. At the last meeting, the plan of action on women and development was endorsed. The 49 member states decided to integrate feminine issues into all their fields of action, from economic planning to scholarships and training programs.

I am proud, too, to mention that Canada was re-elected to the United Nations Commission for a third consecutive mandate of four years as of 1989.

En 1990, cette commission siégera en session prolongée pour revoir les efforts et les progrès effectués par les pays membres dans l'application des stratégies prospectives d'action élaborées à Nairobi.

En outre, il est bien connu que notre gouvernement a fait connaître le besoin d'élaborer une stratégie globale des ressources humaines pour la prochaine décennie, dans la mesure où il veut pouvoir assumer la concurrence sur les marchés mondiaux. Le rôle des femmes, comme membres à part entière de la main-d'oeuvre, est un des éléments importants de cette stratégie, de sorte qu'en 1989-1990, Condition féminine Canada concentrera ses efforts dans les domaines suivants:

1. Vérifier la mise en oeuvre de la stratégie fédérale visant à intégrer le travail et les responsabilités familiales,

[Texte]

be tabled at the next First Ministers' conference on the economy.

2. Developing and co-ordinating a federal government plan of action to encourage economic development of aboriginal women; and

3. Preparing an assessment for the First Ministers of the progress made since November 1987 on the framework for training.

• 0950

Let me just conclude, if I may, with some thoughts on the direction in which I see Status of Women moving as we enter the 1990s. It was not so long ago when many of us generally assumed that the provision of legal equality for women would automatically lead to women's actual equality. I have always been somewhat resistant to that approach. It has not really happened that way, because there is a difference, as Kay likes to point out, between attitudinal change, which we have quite a bit of, and behavioural change, which has been slower to come; and the Canadian Charter of Rights, no matter how generously interpreted, represents only the legal minimum that must be respected by governments, and laws alone do not guarantee equality.

For women, equality goes far beyond the limits of the law and lists of rights. It has dimensions in every field of activity and applications in every field of activity. It means women having equal access to and a fair share with men in everything our society has to offer; and it means freedom from discrimination and the elimination as well of cultural and social patterns that lead to and perpetuate discrimination. It is more shared responsibility among men and women in the home and for the family. It is greater participation in public and political life and education and the removal of obstacles in employment, which includes hiring and job desegregation and advancement and pay, some of which you can write down in the law, but which does not actually work unless people's behaviour within the workplace changes. Women's heavy responsibilities as parents and as workers and as caregivers and as spouses can affect the lives and the livelihood of Canadian women in ways that are not always predictable, but have up until now been more difficult than they should be.

What we have tried to do as a government is recognize this interplay of factors in the lives of Canadian women, and we see our job as tackling issues of interest and concern to women, but on a very broad scale, to ensure that equality is given in all aspects of life and that it penetrates into all areas of activity, particularly within the government.

[Traduction]

stratégie qui sera déposée lors de la prochaine conférence des premiers ministres sur l'économie.

2. Élaborer et coordonner un plan d'action du gouvernement fédéral destiné à encourager le développement économique des femmes autochtones; et

3. Préparer pour les premiers ministres une évaluation du progrès accompli depuis novembre 1987 en matière de formation.

Permettez-moi de terminer en vous indiquant de quelle façon je vois le rôle de Condition féminine Canada à l'aube des années 90. Il n'y a pas si longtemps, nous pensions que l'égalité juridique des femmes se traduirait automatiquement dans les faits. J'ai toujours eu des réticences à ce sujet. Les choses ne se sont pas vraiment déroulées de cette façon, car il existe une différence, comme Kay l'a indiqué, entre le changement d'attitude qui s'est assez bien implanté et le changement de comportement qui est beaucoup plus lent. La Charte canadienne des droits, même avec l'interprétation la plus libérale, ne représente qu'un minimum juridique que les gouvernements doivent respecter. Les lois à elles seules ne peuvent assurer l'égalité.

Pour les femmes, l'égalité va bien au-delà des limites établies par la loi et les listes de droits. L'égalité est importante et doit être appliquée dans tous les domaines d'activité. Les femmes doivent avoir un accès égal à tous les secteurs de la société où elles doivent être traitées équitablement. Elles ne doivent pas faire l'objet de discrimination. Il faut en outre éliminer les modèles culturels et sociaux qui favorisent et perpétuent la discrimination. L'égalité veut dire un meilleur partage entre l'homme et la femme des responsabilités familiales à la maison; d'une plus grande participation à la vie publique et politique, un meilleur accès à l'enseignement et l'élimination des obstacles à l'embauche, ce qui comprend la suppression de la ségrégation à l'embauche et au travail et de meilleures conditions d'avancement et de rémunération. Certaines de ces mesures peuvent être inscrites dans une loi, mais cela ne fonctionne pas sans que change le comportement des principaux intéressés en milieu de travail. Les lourdes responsabilités des femmes à titre de parents, de travailleuses, de responsables du soin des enfants et de conjointes peuvent avoir des incidences pas toujours prévisibles sur la vie et les moyens d'existence des Canadiennes. Jusqu'à présent, ces responsabilités ont été plus lourdes qu'elles n'auraient dû l'être.

À titre de gouvernement, nous avons essayé de tenir compte de l'interaction de ces facteurs dans la vie des Canadiennes. Nous devons nous attaquer aux questions qui intéressent et préoccupent les femmes, sur une vaste échelle, pour s'assurer que les principes d'égalité sont respectés dans tous les secteurs et qu'ils sont présents dans tous les domaines d'activités, particulièrement au sein du gouvernement.

[Text]

The issues of pensions, family violence, child care, women's health, sports and fitness, issues related to women's employment, including part-time work, training, apprenticeship, all those things, are things we have joined forces with with other departments, and I may say I have seen some considerable change in the attitudes of government departments since I have had this portfolio, since 1986, nearly three years now, in terms of the integration of issues throughout the government and throughout the government process. We want to continue to recognize and advance the concerns of women in these and other areas. It is not only to women's benefit, but clearly to the benefit of all of us as we try to meet the challenge of the future.

Our objectives cannot be met in a single initiative or even a group of initiatives. It takes a very strong public will, a very strong individual will, and the sum of all these things is what will make women equal in all spheres of our society. That is what we regard as our mission. The Speech from the Throne set out an ambitious agenda, and we will continue to be an active partner in that agenda at the Status of Women.

Thank you very much.

The Chairman: Thank you very much, Madam Minister. We do appreciate the comments, and certainly you have touched on a great many areas. I think this committee is apprised of the magnitude of the responsibilities all of us face in relation to the Status of Women.

We will go to the first round. I would remind members again that while we have tried to provide in the past a 10-minute round for the first lead-off speakers, if you feel you do not need all of that time, although I am sure most of you do, other members of your own party wish to get on as well. So I ask you to use your time to the best advantage.

• 0955

Mrs. Clancy (Halifax): Mrs. McDougall, after a fairly thorough combing of the estimates, we have been unable to find the dollar allocations for the royal commission on reproductive rights.

I wonder whether you might first tell us where those dollars are allocated for the royal commission, and the amount. Would you be able to give us any indication of who might be chairing, or who the director of research might be or when we might expect to know this information? Can you tell at this time whether or not the question of abortion will arise within the mandate of the royal commission?

Mrs. McDougall: I cannot answer terribly specifically, because as you know this is the Prime Minister's prerogative. I assume the budget would be related to the PCO budget, the Prime Minister's budget, or perhaps Health and Welfare. I do not know why it is not in the

[Translation]

Nous avons collaboré avec d'autres ministères sur les questions de pensions, de violence familiale, de garderies, de santé des femmes, de sports et de condition physique, d'embauche, y compris le travail à temps partiel, de formation, d'apprentissage, tout. Je dois préciser que j'ai été témoin de changements d'attitude important au sein des ministères depuis que je suis titulaire de ce portefeuille, depuis 1986, il y a bientôt trois ans, en ce qui concerne l'intégration de ces questions au processus gouvernemental. Nous voulons continuer à étudier les préoccupations des femmes dans ces domaines et dans bien d'autres. Cela ne profitera pas uniquement aux femmes, mais à nous tous qui devons faire face au défi de l'avenir.

Nous ne pouvons atteindre nos objectifs avec une seule mesure ou même un train de mesures. Il faut une très forte volonté publique, une très forte volonté individuelle, qui vont se conjuguer pour que se réalise l'égalité des femmes dans toutes les sphères de notre société. Voilà notre mandat. Le discours du Trône a présenté un programme ambitieux. Condition féminine Canada entend jouer un rôle actif au sein de ce programme.

Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup, madame la ministre. Nous apprécions vos commentaires. Vous avez sans aucun doute touché à un grand nombre de domaines. Je pense que notre comité a pris connaissance de l'ampleur des responsabilités auxquelles nous devons faire face au sujet de la condition féminine au Canada.

Nous allons maintenant passer à la première ronde de questions. Je rappelle aux députés que par le passé nous avons établi une période de dix minutes pour la première ronde que questions; si vous n'épuisez pas cette période, même si je suis persuadé que la plupart d'entre vous vont le faire, d'autres députés de votre propre parti peuvent intervenir pendant cette période. Essayez donc de profiter au maximum du temps qui vous est imparti.

Mme Clancy (Halifax): Madame McDougall, après avoir passé au peigne fin le budget des dépenses, nous n'avons pas trouvé la répartition des dépenses pour le Commission royale d'enquête sur les techniques de reproduction.

Vous pourriez d'abord nous dire où ont été prévues ces dépenses pour la commission royale d'enquête et quelles sont les sommes en question. Pourriez-vous nous indiquer qui présidera cette commission; qui sera le directeur de la recherche; quand obtiendrons-nous ces informations? Pourriez-vous nous dire si la question de l'avortement fera partie du mandat de la commission royale?

Mme McDougall: Je ne peux vous donner des réponses précises, car, comme vous le savez, il s'agit de la prérogative du premier ministre. J'imagine que les sommes proviendront du budget du Conseil privé, le budget du premier ministre ou peut-être même de Santé

[Texte]

estimates, but it is not in my bailiwick, so I have not really looked at it.

The file is a very active one. It is something we are very anxious to move on fairly quickly. There are certainly a number of names in the Prime Minister's Office. I put some recommendations in. We have had a lot of recommendations from around the country, and I think we really have quite a good field to choose from. I cannot give you any idea of who they will be, but I am certainly encouraged by the kinds of names I have seen. I think it will have a substantive mandate. The terms of reference are being worked out. It is a very active file and I think you will see some announcement soonish rather than laterish. But it is out of my hands.

Mrs. Clancy: On the question of abortion?

Mrs. McDougall: I would doubt very much that it would be a part of the terms of reference.

Mrs. Clancy: Just again on the question of the personnel on the royal commission, can you tell us whether we are looking at a single commissioner or a group of commissioners?

Mrs. McDougall: I would be interested in hearing from the committee on this. It really has not been finally decided.

If there is anything you would like to recommend, I would be very happy to put it into motion. The number of commissioners has not been determined. My expectation is that it will not be a one-person commission, but the decision has not been made.

Mrs. Clancy: So we are probably looking at something not taking place before the end of this year.

Mrs. McDougall: That is correct.

Mrs. Clancy: On the question of dollars under the estimates, do you have any idea?

Mrs. McDougall: I really could not answer. We could try to find out for you. I can assure you that it will be properly funded.

Mrs. Clancy: My second question was to take another tack entirely. As you yourself mentioned, women continue to be clustered in support staff positions and to be under-represented in managerial positions, especially at higher levels in the Public Service, in spite of the Employment Equity Act. Do you feel the enforcement procedure of the Employment Equity Act is effective for women, especially in the realm of fighting systemic discrimination? I am referring particularly to the individual-driven remedy system under the Human Rights Act. What action are you taking to ensure that women are being hired in permanent full-time jobs and are being promoted on a similar basis as men are?

[Traduction]

et Bien-être social. Je ne sais pourquoi cela n'a pas été ajouté au budget des dépenses, mais, comme cette commission n'est pas du ressort de mon ministère, je ne m'en suis pas préoccupée.

Nous nous occupons très activement de ce dossier et nous avons l'intention de procéder très rapidement. Le bureau du premier ministre dispose sans aucun doute d'une liste de candidats. J'en ai recommandé certains. Nous avons reçu beaucoup de recommandations d'à peu près toutes les régions du pays et je pense que nous disposons d'une très bonne liste de candidats. Je ne peux vous dire quels seront les candidats retenus mais je suis très optimiste. Je pense que la commission disposera d'un mandat très vaste qui est en cours d'élaboration. Nous nous occupons très activement de ce dossier et je crois que des annonces seront faites très bientôt. Ce dossier n'est cependant pas de ma compétence.

Mme Clancy: Au sujet de l'avortement?

Mme McDougall: Je ne pense pas que cette question fasse partie du mandat de la commission.

Mme Clancy: Au sujet du personnel de la commission, pouvez-vous nous dire si elle sera dirigée par un seul commissaire ou un groupe de commissaires?

Mme McDougall: J'aimerais obtenir l'avis du comité à ce sujet. On a pas encore pris de décision finale.

Si vous désirez formuler des recommandations, je les présenterai sous forme de motion. Nous n'avons pas déterminé le nombre de commissaires. Je ne pense pas que la commission soit dirigée par une seule personne, mais la décision n'a pas encore été prise.

Mme Clancy: Tout cela ne sera probablement pas arrêté avant la fin de l'année.

Mme McDougall: C'est exact.

Mme Clancy: Au sujet des crédits dans le budget des dépenses, est-ce que vous avez une idée?

Mme McDougall: Je ne peux vous répondre. Nous pourrions essayer d'obtenir une réponse. Je peux vous assurer que la commission disposera d'un budget adéquat.

Mme Clancy: Ma deuxième question porte sur un sujet différent. Comme vous l'avez mentionné, les femmes demeurent confinées à des postes de soutien et sont sous-représentées dans les postes de direction, notamment aux échelons supérieurs de la fonction publique, malgré la Loi sur l'équité en matière d'emploi. Pensez-vous que les mécanismes d'application de la Loi sur l'équité en matière d'emploi sont efficaces pour les femmes, particulièrement dans le domaine de la lutte contre la discrimination systémique? Je pense plus particulièrement au système d'initiative personnelle établi par la Loi sur les droits de la personne. Quelle mesure entendez-vous prendre pour veiller à ce que des femmes soient embauchées à des postes permanents à plein temps et qu'elles bénéficient de promotions au même titre que les hommes?

[Text]

Mrs. McDougall: As I suggested, the causes and effects are very complex. It is my view that the Employment Equity Act will be effective, but it will take some time. The great value of the Employment Equity Act is that it involves the employer in establishing an attitudinal or behavioural change. It is not imposed. It pulls people in to being part of the decision, and taking ownership of and responsibility for the problem.

It is the first time we have had benchmark data in Canada—and we only got our first report a year ago—so we now have very specific data against which to judge. If there are not improvements—and it is not just for women either, clearly it is visible minorities and the whole range of people who have been disadvantaged—over some reasonable period of time, then one can get more draconian. But because of the need for behavioural change, it is important to give people ownership of solutions; they have to have a role to play and accept a responsibility in devising solutions and sticking with them.

• 1000

The other thing I certainly try to do—and I have a background in the business community and have some credentials there—is point out as often as I can, both in private consultations and in public forums, that in a time when business is looking for the best human resources they can find it is in their interest to look in communities that are not traditional. People other than white Anglo-Saxon males can actually perform useful functions. I think there is a changing attitude there and behaviour is starting to come behind that because people are starting to see it as a broader social issue.

Within the Public Service, in the whole range of trying to change the law and trying to change attitudes, what the task force is going to do is look very specifically at what it is that is holding this up. Is it management attitudes? Is it situations at home? Is it a lack of confidence? There is some systemic discrimination. We all accept that it is there and we want to break it down. Are other factors coming into play too? There is no point in making an assumption until we can really get our hands on it.

Mrs. Clancy: I guess you are more sanguine about that than I am, Mrs. McDougall, but I am concerned to a degree. You mentioned the fact about having the hard data for the first time, but that is effectively, unless I am mistaken, all you have. As long as the companies are reporting, they are complying with the legislation; but if they are reporting that the situation is an absolute picture postcard of systemic discrimination, there is no legal sanction to change that at this point. While I agree that laws tend to be reactive to society's attitudes, it does help in deterring certain behaviour to have some fairly strong legal sanctions against companies that follow the pay

[Translation]

Mme McDougall: Comme je l'ai indiqué, les causes et les effets sont très complexes. Selon moi, la Loi sur l'équité en matière d'emploi serait un outil efficace, mais il faudra un certain temps. Cette loi fait appel à l'employeur pour établir un changement d'attitude ou de comportement; voilà son grand mérite. Ce changement n'est pas imposé. Les gens font partie du processus décisionnel, étudient le problème et en assument la responsabilité.

C'est la première fois au Canada que nous disposons de données de référence. Nous avons reçu notre premier rapport il y a un an. Nous disposons de données bien précises pour évaluer la situation. S'il n'y a pas d'amélioration au cours d'une période raisonnable—pas uniquement pour les femmes, il s'agit des minorités visibles et de toutes les personnes qui ont pu faire l'objet de discrimination—on peut alors prendre des mesures plus strictes. Mais étant donné qu'il faut un changement de comportement, il importe que les intervenants trouvent eux-mêmes les solutions; ils doivent jouer un rôle, accepter d'élaborer des solutions et les respecter.

Du fait de mon expérience dans le monde des affaires, j'essaie aussi souvent que possible, tant dans les consultations privées que lors de tribunes publiques, d'indiquer aux entreprises à la recherche des meilleurs candidats qu'elles auraient intérêt à ne pas négliger les groupes non traditionnels. Des personnes autres que des hommes blancs anglo-saxons peuvent apporter une contribution positive aux entreprises. Je pense qu'il y a un changement d'attitude et que les comportements se modifient en conséquence, car les gens commencent à percevoir cette situation comme une grande question sociale.

Au sein de la fonction publique, le groupe de travail étudiera les problèmes précis de ce processus de changement de la loi et des attitudes. Est-ce un problème d'attitude de la direction? S'agit-il de la situation à la maison? Est-ce un manque de confiance? Il existe une certaine forme de discrimination systémique. Nous reconnaissons tous sa présence mais nous voulons l'éliminer. Est-ce qu'il y a d'autres facteurs qui entrent en jeu? Il est inutile de faire des suppositions si nous ne pouvons décrire la situation en termes concrets.

Mme Clancy: J'imagine que vous êtes plus optimiste que moi, madame McDougall, mais je suis inquiète jusqu'à un certain point. Vous parlez des données de référence dont nous disposons pour la première fois, mais en fait, si je ne me trompe, il s'agit là de la seule chose dont vous disposez. Tant que les entreprises soumettent leurs données, elles respectent la loi; mais si ces données décrivent une situation de discrimination systémique, il n'y a aucune sanction de prévue. Les lois reflètent les attitudes de la société, mais on pourrait décourager certains comportements en disposant de sanctions fermes pour les entreprises qui respectent la loi sur l'équité en

[Texte]

equity legislation and give you the data but then do not do anything to change the actual situation.

Mrs. McDougall: This is not pay equity; it is employment equity.

Mrs. Clancy: Employment equity; sorry.

Mrs. McDougall: There are really two important things that can happen as a result of this. First of all, the Canadian Human Rights Commission assessed all the reports and has undertaken, under the Human Rights Act, reviews of 15 employers that are subject to the act. So steps are being taken. The Human Rights Act and the Employment Equity Act have to work together; and the Human Rights Commission does not have the ultimate responsibility for employment equity, but it does give them a vehicle in applying the Human Rights Act as well.

We will have to see. This is, as I say, the first time we have been in a position or even in a position for the companies themselves to see how well or how badly they were doing. Most of them clearly are doing badly; I totally accept that. What we want is to engage them in the solutions.

Mrs. Clancy: Have you any idea of what kind of timeframe we might be looking at?

Mrs. McDougall: I do not know that one year is long enough, but we certainly will be reviewing it every year to see what progress is being made or what progress is not being made, and at some point we would do a review in a substantive way on further steps that might be taken.

Mrs. Clancy: You mentioned in your presentation that women are still making... I believe the figure you used was 66% of what men are making. The Public Service Commission figures for 1988 show not only that the pay gap is the widest in recent years but also that it has increased in the last two years. Can you tell us when the government will provide a budget or release a timetable to ensure the completion of the four-year-old pay equity study and the study of barriers to female advancement announced in September 1988?

Mrs. McDougall: Once again, I cannot give you a time on it. It is Treasury Board that does that. They certainly have me breathing down their necks on it. They have some very good people working on it, I should say as well, but I cannot give you a time. You would have to ask the President of the Treasury Board, or I will undertake to find out and get back.

• 1005

Mrs. Clancy: The changes to unemployment insurance are expected to be a blow to women and immigrants, and there is speculation that the government's own studies

[Traduction]

matière de salaire et fournissent leurs données, mais qui ne font rien pour changer cette situation.

Mme McDougall: Il ne s'agit pas d'équité en matière de salaire; il s'agit d'équité en matière d'emploi.

Mme Clancy: Je m'excuse, équité en matière d'emploi.

Mme McDougall: Il peut en découler deux choses importantes. D'abord, la Commission canadienne des droits de la personne a évalué tous les rapports et a entrepris, conformément à la Loi des droits de la personne, l'étude de 15 employeurs qui sont soumis à la loi. Donc, des mesures sont prises. La Loi sur les droits de la personne et la Loi sur l'équité en matière d'emploi doivent fonctionner de pair. La Commission canadienne des droits de la personne ne dispose pas de la responsabilité ultime en matière d'emploi, mais elle constitue un outil pour l'application de la Loi des droits de la personne.

Nous verrons. Comme je l'ai dit, c'est la première fois que le gouvernement ou les entreprises peuvent évaluer la situation. La plupart des entreprises n'ont pas un dossier très reluisant en ce domaine. J'en conviens. Nous voulons les mettre sur la voie des solutions.

Mme Clancy: Avez-vous une idée de l'échéancier?

Mme McDougall: Je ne sais pas si une période d'un an suffit, mais nous allons sans aucun doute étudier la situation chaque année afin de déterminer quels progrès ont été accomplis ou n'ont pas été accomplis, et, à un certain moment, nous allons étudier en profondeur quelles mesures supplémentaires pourraient être prises.

Mme Clancy: Vous avez mentionné dans votre exposé que les femmes ne gagnent en moyenne que 66 p. 100 du salaire des hommes. Les données pour 1988 de la Commission de la Fonction publique indiquent non seulement que l'écart salarial est le plus important au cours des dernières années mais également que cet écart s'est accru au cours des deux dernières années. Pouvez-vous nous dire quand le gouvernement débloquera les crédits nécessaires ou rendra-t-il public un calendrier pour l'achèvement de l'étude sur l'équité en matière de salaire, qui remonte à quatre ans, et de l'étude sur les obstacles à la promotion des femmes, qui avait été annoncée en septembre 1988?

Mme McDougall: Je ne peux vous donner une date à ce sujet. C'est le Conseil du Trésor qui en a la responsabilité. Je les talonne de très près. Il y a des gens très compétents qui travaillent sur cette question, mais je ne peux vous donner une date. Il faudra demander au président du Conseil du Trésor, ou j'essaierai d'obtenir une réponse et je vous le ferai savoir.

Mme Clancy: Les changements au programme d'assurance-chômage porteront un dur coup aux femmes et aux immigrants. On laisse entendre que les études du

[Text]

may prove this. The impact studies were promised to be released early in April, and I am wondering when you plan to release them. If you are not going to release them, why not?

Mrs. McDougall: It was a promise that was made in early April that they would be released at committee stage, so as soon as the bill is in committee, the impacts will be released. They do not show that, I do not believe. They are not quite complete. In Employment and Immigration we have worked very closely with Status of Women on this, because I am really very committed that this labour force strategy is going to provide a great deal of benefits for women, and they are going to benefit from the training and get out of some ghetto jobs and so on.

When the Liberal government changed the entry requirements in 1977 from a flat 8-week rate to a variable entrance rate of 10 to 14 weeks, we saw some behavioural change within the economic community. People were able to find additional weeks of work, or in many cases they were able to find more permanent employment. The only category in which there will be a disproportionate affect on women is in the category of voluntary quitters, because women do tend to quit their jobs without reason more than men. We have been very careful about ensuring that just cause includes sexual harassment, occupational health and safety and the transfer of a spouse. I think we have provided protection for the legitimate reasons women might have for leaving a job. They are statistically higher in terms of quitting jobs voluntarily than men.

Ms Black (New Westminster—Burnaby): Mrs. Clancy mentioned the Royal Commission on New Reproductive Technologies. I looked through the Privy Council estimates, and there is no mention there of a royal commission. Where is the money? What is the time-line, and who will be appointed?

Mrs. McDougall: I have already answered the question. I said it is an active file, and there are good names in there. It is the Prime Minister's prerogative, and he will name the commission. I have said that my expectation is that it will be this year, but that is up to the Prime Minister. In terms of it not being in the estimates, I was guessing, which I indicated when I said it might be in the PCO estimate, or it may have something to do with Health and Welfare. I have assured you that funds will be available for it to do its job, but we will undertake to find out for you where the funding shows up.

[Translation]

gouvernement le confirmer. Les études d'impact nous avaient été promises pour le début avril, quand allez-vous les publier? Si vous ne les publiez pas, pourriez-vous nous dire pourquoi?

Mme McDougall: Il a été promis au début d'avril que ces études seront rendues publiques lors de l'étude en comité, et elle le seront donc dès que le Projet de loi sera renvoyé au comité. Elles n'indiquent pas ce que vous avez mentionné par exemple. Elles ne sont pas tout à fait terminées. Le ministère de l'Emploi et de l'Immigration a travaillé en étroite collaboration avec Condition féminine Canada sur cette question, car je tiens absolument à ce que ce programme sur la main-d'oeuvre profite grandement aux femmes. Elles vont bénéficier des programmes de formation et pouvoir quitter certains ghettos de l'emploi.

Lorsque le gouvernement libéral a changé les critères d'admissibilité en 1977, en passant d'un taux uniforme de 8 semaines à un taux variable d'admissibilité de 10 à 14 semaines, nous avons vu un certain changement de comportement dans les entreprises. Les travailleurs pouvaient accumuler des semaines supplémentaires de travail ou, dans de nombreux cas, ils étaient en mesure de trouver un emploi plus permanent. La seule catégorie où il y a eu un effet disproportionné sur les femmes est celle des femmes qui quittent volontairement leur emploi, parce que les femmes ont davantage tendance à quitter leur emploi sans raison que les hommes. Nous nous sommes assurés d'inclure dans les raisons valables pour quitter un emploi le harcèlement sexuel, la santé et la sécurité au travail et le transfert d'un conjoint. Je crois que nous avons prévu les raisons légitimes pour lesquelles les femmes peuvent quitter leur emploi. Statistiquement, elles sont plus nombreuses à quitter leur poste de façon volontaire que les hommes.

Mme Black (New Westminster—Burnaby): Mme Clancy a fait allusion à la Commission royale d'enquête sur les techniques de reproduction. J'ai étudié le budget des dépenses du Conseil privé, et nulle part on y mentionne une commission royale d'enquête. Où sont les crédits nécessaires? Quel est le poste budgétaire? Qui sera nommé à cette commission d'enquête?

Mme McDougall: J'ai déjà répondu à cette question. J'ai indiqué que nous nous occupons activement de ce dossier et que d'excellents candidats figuraient sur la liste. Il s'agit de la prérogative du premier ministre. C'est lui qui nommera les candidats à la Commission royale d'enquête. Je pense que cela sera fait cette année, mais il appartient au premier ministre de décider. En ce qui concerne l'absence des crédits dans le budget des dépenses, j'ai fait une supposition lorsque j'ai dit que ces crédits étaient peut-être dans le budget du Conseil privé ou que cela pourrait encore relever de Santé et Bien-être social. Je vous ai assuré que la commission disposera des crédits nécessaires pour remplir son mandat, et nous nous engageons à trouver d'où proviendront les crédits nécessaires.

[Texte]

Ms Black: Are you indicating that you will get back to the committee on the funding?

Mrs. McDougall: Yes. We can write to the chairman on that.

Ms Black: Thank you. In your presentation you mention doubly disadvantaged women, and it is a very real concern of mine also. The other area of doubly disadvantaged women that you did not mention is lesbian women. We know they are also doubly disadvantaged, and yet it is not mentioned anywhere in either of the estimates. There has been a commitment on the part of the government to include sexual orientation under the Human Rights Act, which has not happened. Will Status of Women Canada be working on this issue, and will that be included in the studies on the family?

Mrs. McDougall: It is a good question. I do not know if it will be addressed in the studies we are doing on the family. I can take that as a representation. Your question around the Human Rights Act is more properly addressed to the Minister of Justice, but I am quite prepared to take that to him as a representation. I know he is well versed on the Charter and changes that might have to be made in it.

• 1010

Ms Black: You spoke about your commitment to women's equality and the commitment of this government to women's equality. I would like to ask how the funding cuts to the women's programs advance that cause; how you can rationalize those funding cuts.

Also, the funding that was granted for the first time to REAL Women is a very real concern. That group has worked against women's equality, has opposed women's inclusion in the Charter of Rights and Freedoms. I am wondering if there were people from your department at their conference. Was a report issued on the conference that REAL Women held? My information is that a number of issues were raised at that conference that were diametrically opposed to women's equality. The president of that organization indicated that Soviet women in the army were shot if they had a liaison with any male members of the Soviet army and children who spent time in child care situations in Canada grow up to be partial psychopaths. I suggest funding REAL Women does not advance women's equality, and I would like to know if you had a report on that conference.

Mrs. McDougall: I have not had an official report, because there were no officials from Status of Women there. Once again, this falls under the Secretary of State. What we did in our last mandate was establish criteria for the Women's Program in terms of what would qualify for funding and what would not, under the project funding categories and also under core funding. The project as it

[Traduction]

Mme Black: Est-ce que vous nous dites que vous allez fournir au comité la réponse au sujet du financement?

Mme McDougall: Oui. Nous pouvons faire parvenir une lettre au président à ce sujet.

Mme Black: Merci. Dans votre exposé, vous avez mentionné les femmes qui sont doublement désavantagées, et je me préoccupe aussi beaucoup de cette question. Les lesbiennes représentent un autre groupe de femmes doublement désavantagées que vous n'avez pas mentionné. Nous savons qu'elles sont doublement désavantagées, et il n'en est cependant fait mention nulle part dans le budget des dépenses. Le gouvernement s'était engagé à ajouter l'orientation sexuelle à la Loi des droits de la personne, mais cela n'a pas encore été fait. Est-ce que Condition féminine Canada va se pencher sur cette question? Cette question sera-t-elle ajoutée aux études sur la famille?

Mme McDougall: C'est une très bonne question. Je ne sais pas si on va se pencher sur cette question dans les études que nous faisons sur la famille. Je considère votre intervention comme une demande. Le ministre de la Justice sera mieux en mesure de répondre à votre question sur la Loi des droits de la personne, et je peux lui transmettre votre demande si vous le voulez. Je sais qu'il connaît très bien la Charte et les changements qui peuvent y être apportés.

Mme Black: Vous disiez combien l'égalité des femmes vous tenait à coeur, à vous ainsi qu'au gouvernement, et si c'est vrai, comment conciliez-vous cela avec les compressions imposées au budget des programmes pour les femmes, et comment les justifiez-vous?

Nous nous inquiétons également au sujet des fonds que vous avez attribué pour la première fois au groupe *R.E.A.L. Women of Canada*, qui a oeuvré contre l'égalité des femmes et s'est opposé à leur inclusion dans la Charte des droits et libertés. Votre ministère a-t-il envoyé des délégués à la conférence de ce groupe, et un rapport a-t-il été publié là-dessus? On m'a dit que plusieurs questions avaient été soulevées, lors de cette conférence, qui étaient diamétralement opposées à l'égalité des femmes. D'après la présidente de cette organisation, les femmes qui servent dans l'armée soviétique et ont une liaison avec un membre des forces armées sont passées au peloton d'exécution et, au Canada, les enfants qui sont mis en garderie sont partiellement tarés. Je ne vois pas en quoi le financement du groupe *R.E.A.L. Women* contribue à la cause de l'égalité des femmes et j'aimerais savoir si vous avez un rapport sur cette conférence.

Mme McDougall: Je n'ai pas reçu de rapport officiel parce qu'aucun délégué officiel de Condition féminine Canada n'y a assisté. Là encore, la question relève du Secrétariat d'État. Lors de notre dernier mandat, nous avons dressé une liste des critères nécessaires pour bénéficier de l'aide du Programme de promotion de la femme, au titre du financement de base ou du

[Text]

was put in place, as I understand it, met those criteria. Those are judged by people in the department against the criteria of the day. The anecdotal evidence I have is that they violated their own criteria at the conference. It was not what was reflected in the project proposal. That makes me cross no matter where it comes from, because it is an irresponsible use of public funds. But as I say, that evidence is anecdotal, and it will be up to the Secretary of State to determine what he does as a result of that.

About cuts to the Women's Program, the reduction was 15%. It was certainly smaller than many other reductions within the government.

But let us just make a couple of things perfectly clear. We are not doing women any favours if interest rates go to 22%. We are not doing women any favours if unemployment goes to 15%. To suggest that somehow any item within the government should be totally eliminated from at least being looked at in terms of what the overall budget would be I think a mistake. I think we were pretty sensitive about immigrant women and native women; the Native Women's Program remains. The Secretary of State has said immigrant women and visible-minority women... within the program, he will ensure that the priority shifts towards groups with particular special needs, who are doubly disadvantaged.

Our hope is that over time we can do more for women. But it is just not realistic to suggest that women do not have a role to play in overall national objectives; and one of them is to bring down the debt and to bring down the deficit. We cannot bring in a massive child care program unless we have some control over the deficit and the debt. It is in women's interests that we do that. It is in women's interests that we ensure the future of our social programs. And we cannot do that as long as the interest continues to spiral out of control. That is not partisan, that is arithmetic.

Ms Black: I would suggest the government could take other moves to bring down the interest rate.

Mrs. McDougall: Would you like to suggest where they should be?

Ms Black: Never mind. I want to know what the government's intention is in the area of legislation on abortion and choice for women.

• 1015

Mrs. McDougall: We have said that the Minister of Justice is once again looking at this issue. I do not know whether or not he will have anything to announce to the House this spring. He and I have had some discussions about it, and I am sure he will let you know in due course.

[Translation]

financement de projets. Je crois savoir que le projet tel qu'il a été présenté répondait à ces critères. L'évaluation est faite par des fonctionnaires du ministère qui appliquent les critères du moment. On m'a rapporté que, lors de la conférence, les femmes de ce groupe ont enfreint leurs propres critères et ne se sont pas conformées au projet prévu. C'est une tactique que je désapprouve, quel qu'en soit l'auteur, parce que c'est une mauvaise utilisation des fonds publics, mais, comme je le disais, c'est simplement ce qu'on m'a rapporté et ce sera au Secrétariat d'État de décider quelles sont les dispositions qu'il prendra.

Quant à la réduction des crédits du Programme de la promotion de la femme, elle n'était que de 15 p. 100 et donc inférieure à bien d'autres réductions.

Mais permettez-moi de dire de façon claire et nette certaines choses: quand les taux d'intérêt atteignent 22 p. 100, quand le taux de chômage s'achemine vers les 15 p. 100, rien de tout cela n'est à l'avantage des femmes, et je crois que c'est une erreur de proposer que l'on ignore ou omette d'examiner un point quelconque du budget. Nous avons montré que nous étions sensibles à la cause des immigrantes et des femmes autochtones. Le Programme des femmes autochtones est maintenu. Le Secrétaire d'État a dit que les immigrantes et les femmes des minorités visibles... Dans le cadre du programme, il veillera à ce que la priorité soit donnée aux groupes qui ont des besoins particuliers, à ceux qui sont doublement désavantagés.

Nous espérons qu'avec le temps, nous serons en mesure d'en faire davantage pour les femmes, mais ce serait manquer de réalisme que de donner à penser que les femmes n'ont pas de rôle à jouer dans les grands objectifs nationaux, l'un d'entre eux étant de réduire la dette et le déficit, à défaut de quoi nous ne pouvons mettre en place un vaste programme de garderies. C'est dans l'intérêt des femmes que nous procédons ainsi, c'est dans leur intérêt que nous assurons l'avenir de nos programmes sociaux et, tant que les intérêts formeront une spirale infernale, nous n'arriverons pas à réaliser cet objectif. C'est une réalité arithmétique qui n'a rien à voir avec la philosophie d'un parti.

Mme Black: Mais le gouvernement pourrait prendre d'autres mesures pour faire baisser les taux d'intérêt.

Mme McDougall: Pouvez-vous m'en proposer?

Mme Black: Peu importe. J'aimerais connaître l'intention du gouvernement en matière de loi sur l'avortement et la liberté de choix des femmes.

Mme McDougall: Le ministre de la Justice, nous l'avons déjà dit, est en train de réexaminer cette question, mais je ne sais si au printemps, il aura une déclaration à faire à la Chambre. Lui et moi en avons discuté, et je suis sûre qu'il vous tiendra au courant, en temps, de sa décision.

[Texte]

Ms Black: On employment equity you answered Mrs. Clancy, but I would like to ask this. If the statistics do not change within the next year, would you agree to introduce mandatory employment equity into the legislation with an enforcement mechanism?

Mrs. McDougall: I think a year is too soon. As I said, I will review it every year and come with recommendations, depending on what the trend is. It is due for review in 1991.

Ms Greene (Don Valley North): I am concerned about the single parent problem, which I perceive is the major problem affecting women in Canada. They are obviously the largest group experiencing poverty, and in terms of discrimination, if one looks at jobs, at housing, even at the income tax system, I think they are experiencing a lot of discriminatory elements there that really prevent them from becoming full members of society.

I know you have done things in the area of employment for low-skill single parents and so on. But right now I see that, on that waiting list of 5,000 people looking for daycare in Metropolitan Toronto, 85% of them are single parents. It seems to me that in Metropolitan Toronto everybody I know agrees that they should automatically have daycare, and when one looks at our budgets and at provincial budgets, I think that certainly in any kind of long-term period, longer than five years, you are talking about saving money. What is Status of Women doing in terms of advocacy in some of these departments and looking at these special problems experienced by single parents?

Mrs. McDougall: Status of Women, of course, is an advocacy ministry, and its job is to work with other departments in finding solutions. Single parents are clearly a concern of mine as well, and I think we all have some experience with how serious this is. But we are doing a number of things.

For example, in my other department—I sometimes forget which hat I am wearing—under the social assistance recipients programs in the Canadian Jobs Strategy, there is a high participation of single parents. It is reasonably successful. I would like it to be more successful, but something over 50% of the people who come out of that program—and I am sorry, I do not have the breakdown by single parent—are working or taking further training.

Now, when you are dealing with people with very little attachment to the labour force—and that is not a judgment; it is just statistical—that is considered a reasonably high rate of return. I find it a little frustrating and so we are looking at ways to improve that, but we are also putting more funding into that program under the new labour force strategy.

[Traduction]

Mme Black: Vous avez répondu à la question de M^{me} Clancy sur l'équité en matière d'emploi, mais j'aimerais vous poser la question suivante: si les statistiques restent inchangées au cours de l'année prochaine, seriez-vous disposée à rendre l'équité en matière d'emploi obligatoire et de prévoir un mécanisme d'application?

Mme McDougall: Une année ne suffit pas. Comme je l'ai déjà dit, c'est une question que je réexaminerai chaque année et je présenterai des recommandations selon la façon dont les choses se dérouleront. La prochaine révision doit avoir lieu en 1991.

Mme Greene (Don Valley-Nord): La question qui m'inquiète est celle des familles monoparentales, celle qui, à ma connaissance, touche le plus durement les canadiennes. C'est le groupe de pauvres le plus nombreux, groupe qui subit, par ailleurs, toutes sortes de formes de discrimination—que ce soit dans le domaine de l'emploi, du logement ou même dans le régime fiscal—qui les empêchent de devenir membres à part entière de la société.

Je sais que vous avez adopté des mesures en matière d'emploi pour les chefs de familles monoparentales à faibles qualifications mais je constate que, sur la liste d'attente de 5,000 personnes qui cherchent une garderie dans la région métropolitaine de Toronto, 85 p. 100 sont des familles monoparentales. Tous ceux que je connais, à Toronto, conviennent que ces familles devraient avoir automatiquement accès à une garderie. Quand on examine nos budgets et le budget des provinces, on constate qu'à la longue, sur une période de plus de cinq ans, on réaliserait des économies. Que fait Condition féminine Canada pour défendre la cause de ces familles auprès de certains ministères et examiner les difficultés auxquelles elles sont confrontées?

Mme McDougall: Condition féminine Canada, bien entendu, a pour mission de défendre de telles causes et d'oeuvrer avec d'autres ministères pour parvenir à des solutions. La question des familles monoparentales me tient également à coeur et nous savons tous à quel point elle est grave, mais nous avons pris un certain nombre de mesures.

C'est ainsi que, dans mon autre ministère—je ne me rappelle parfois plus à quel titre je parle—il y a une participation élevée de chefs de familles monoparentales au Programme de planification de l'emploi, et les résultats sont assez satisfaisants. J'aimerais ne pas m'en contenter, mais un peu plus de la moitié de ceux qui ont bénéficié de ce programme—je n'ai pas la ventilation par chefs de familles monoparentales—ont un emploi ou bénéficient d'une formation.

C'est là un taux assez satisfaisant quand on a affaire à des gens qui n'ont pas connu d'emploi régulier, et je ne dis pas cela dans un esprit critique, c'est un simple fait statistique. Je n'en suis pas satisfaite, et nous recherchons des moyens d'améliorer ce résultat, mais nous investissons également plus de ressources dans ce programme, dans le cadre de la nouvelle planification de la main-d'oeuvre.

[Text]

The second thing is that the Department of Justice, in the last mandate, altered the Criminal Code to allow the pursuit of maintenance payments in a more effective way, and I think we are just starting to see the results of that. Now, that once again affects only a proportion of single parents, but it is some improvement.

The child care situation is clearly a serious one. Under the Canada Assistance Plan, they should have the priority within any child care system. I know that in Metro Toronto part of the difficulty is the reallocation in the province of child care spaces, so there are two levels of difficulty here. We continue to fund under CAP to the extent that the province takes us up on it and that, as you know, is open-ended. Within that, social assistance recipients are supposed to have priority under that program.

• 1020

Ms Greene: The social assistance recipients do, under the employment area—

Mrs. McDougall: Yes.

Ms Greene: This reallocation, I think is something—

Mrs. McDougall: And low income. There is a scale. CAP does not just apply to people on social assistance. There is a scale, but the priority starts at the bottom and moves up.

Ms Greene: Yes. But the reallocation system in itself is incredibly discriminatory against single parents, because most of them are in Metropolitan Toronto. My riding is 15% single parents and I am sure that the downtown ones and west end ones would be even higher, so in Metro Toronto single parents are in fact really being outrageously discriminated against.

The other point was in regard to UIC. You mentioned some of the reasons for quitting jobs that were acceptable. Does it also include unsatisfactory child care?

Mrs. McDougall: It depends. Shift work is taken into account for parents. If they quit because they cannot take a shift because they are a single parent, then that will be taken into account. I would be prepared to look at child care. It would depend on how it was defined. You might bring that to the legislative committee on the bill.

Ms Greene: In housing areas there are government programs that discriminate against single parents. For example, two single parents cannot go and rent, or buy a government house together. The provinces and the federal

[Translation]

Par ailleurs, le ministère de la Justice, au cours de son dernier mandat, a modifié le Code criminel pour assurer un meilleur recouvrement des pensions alimentaires, et les résultats commencent à se faire sentir. Ceci ne s'applique qu'à un certain pourcentage de chefs de familles monoparentales, mais c'est là une amélioration.

La question de la garde des enfants est certainement très grave. D'après le Régime d'assistance publique du Canada, ces enfants devraient avoir la priorité dans tout système de garderies. Dans la région métropolitaine de Toronto, la difficulté tient en partie à la redistribution dans la province des places de garderies, et elle se situe donc à deux niveaux. Nous continuons à assurer, dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada, un financement égal à celui de la province, financement auquel, comme vous le savez, aucun plafond n'est imposé. Les bénéficiaires de l'aide sociale sont censés avoir priorité pour ce programme.

Mme Greene: Les bénéficiaires de l'aide sociale, en matière d'emploi. . .

Mme McDougall: C'est exact.

Mme Greene: Cette réaffectation, à mon avis, devrait. . .

Mme McDougall: Et les faibles revenus. Il y a un barème, et le RAPC ne s'applique pas qu'à ceux qui bénéficient de l'aide sociale. Il y a un barème, mais la priorité part du bas de l'échelle.

Mme Greene: C'est vrai, mais le système de réattribution défavorise, dans une grande mesure, les chefs de familles monoparentales parce que la plupart d'entre eux se trouvent dans la région de Toronto. Dans ma circonscription, 15 p. 100 des gens appartiennent à cette catégorie, et je suis certaine qu'au centre-ville et dans les quartiers de l'ouest, ce taux serait encore plus élevé, de sorte que, dans la région métropolitaine de Toronto, les familles monoparentales sont gravement touchées par la discrimination.

L'autre question que je voulais soulever porte sur l'indemnité de chômage. Vous avez mentionné certaines des raisons d'abandon d'emploi qui étaient acceptables; le manque de garderies satisfaisantes peut-il constituer l'une d'entre elles?

Mme McDougall: Cela dépend. On tient compte, pour les parents, de la nécessité du travail posté. S'il faut renoncer à un emploi, dans un travail posté, parce qu'on ne peut trouver où faire garder l'enfant, ce facteur sera pris en considération. Je serais disposée à examiner le cas de la garde d'enfants, mais cela dépend de la définition. Vous pourriez faire une proposition dans ce sens au comité législatif sur le projet de loi.

Mme Greene: Dans les questions touchant au logement, il y a des programmes du gouvernement qui sont discriminatoires à l'égard des chefs de familles monoparentales. C'est ainsi que deux d'entre eux ne

[Texte]

government have not recognized the different sorts of families that are currently forming.

People come to my office, too, with other non-traditional arrangements, like elderly parents living with a single parent, where they would like to go to a subsidized unit. In one case the parents were blind, and they were turned down on housing because they would not accept the two of them together as extended families. There is that kind of thing. It applies in quite a number of different situations.

I think that Parliament is outrageously discriminatory against not only single parents, but people with children. When one looks at Parliament you can really see the reasons why there are not many women here, and extremely few with children, and when you look at men around here, they are obviously not meeting their family responsibilities. Right?

Mrs. McDougall: Hear that, you guys?

Ms Greene: It is looked on as unusual to have your child with you around here, which it certainly was not in North York. And when I start looking at things like the travel allocations, if you have a dependent child you do not have enough trips to take your child with you. On the matter of hours, there is no recognition that you need to be with your child for dinner, or sometime during the day.

Mrs. McDougall: We are looking at this very actively in a general way, through the project on work and family responsibilities. I cannot say we are focusing particularly on Parliament.

Some of the things you have described exist in other areas as well. Certainly I think if women are ambitious and working hard, trying to go to school and upgrade their education, those responsibilities can be overwhelming. That is why I touched on it, briefly, but it is a very important focus for us currently. Single parents will be very much a part of that, but it will be in broader terms, in the long run.

Ms Greene: In the other area that I would like to ask you about is the older single woman.

I had a question at town hall meeting last night from a woman who said the new provisions regarding RRSPs that are coming in will prevent older single women who retire early, but still continue to work because their pensions are so small, from rolling those into RRSPs, whereas couples will be able to put theirs into each other's. I wonder if you were aware of this. Secondly, from the status of women position, do you think that is fair?

[Traduction]

peuvent réunir leurs ressources pour acheter ou louer un logement social, les provinces et le gouvernement fédéral ne tenant pas compte des nouvelles catégories de familles qui sont en train de naître.

À mon bureau, je reçois des gens qui ne répondent pas aux catégories traditionnelles, par exemple des parents âgés qui vivent avec une mère célibataire et qui voudraient bénéficier d'un logement subventionné. Dans un de ces cas, les parents étaient aveugles et ont vu leur demande de logement rejetée parce qu'on ne voulait pas considérer qu'il s'agissait d'une cellule périfamiliale. Vous avez ce genre de problème qui s'applique à un nombre relativement considérable de situations différentes.

Le Parlement, à mon avis, a fait preuve d'une grave discrimination non seulement à l'égard des familles monoparentales, mais à l'égard des gens avec enfants. À considérer le Parlement, on comprend pourquoi il ne comprend pas plus de femmes, et très peu de femmes avec enfants et, quand vous voyez les hommes ici, il est évident qu'ils ne s'acquittent pas de leurs responsabilités familiales, n'est-ce pas?

Mme McDougall: Vous avez entendu, messieurs?

Mme Greene: On ne voit guère d'enfants ici, ce qui n'était pas le cas à North York. Quant à la question des allocations de voyage, si vous avez un enfant à charge, vous n'avez pas droit à suffisamment de voyages pour emmener votre enfant. Quant aux horaires, il n'est nullement tenu compte du fait que vous devriez partager le repas avec votre enfant ou lui tenir compagnie à un certain moment de la journée.

Mme McDougall: C'est une question que nous examinons de très près, d'une façon générale, avec le projet sur le travail et les responsabilités familiales, mais je reconnais que nous ne nous attachons pas particulièrement au Parlement.

Certaines des questions que vous soulevez s'appliquent également à d'autres domaines. Je pense en effet que pour les femmes ambitieuses qui travaillent fort, et essayent de suivre des cours pour se perfectionner, ces responsabilités peuvent être écrasantes. C'est pourquoi j'ai brièvement abordé la question, mais elle est actuellement à l'étude et nous lui accordons toute notre attention. Nous l'examinons dans un contexte plus large, mais la question des familles monoparentales y occupera une place importante.

Mme Greene: L'autre question que je voulais vous poser porte sur la femme célibataire d'âge mûr.

L'autre soir, lors d'une séance du Conseil municipal, une femme a attiré mon attention sur les nouvelles dispositions des REER qui empêcheront les femmes célibataires qui prennent une retraite anticipée, mais continuent à travailler pour suppléer à la modicité de leur pension de retraite, à transférer leur pension dans un REER, alors que, dans le cas de couples, il est possible de transférer la pension dans le REER du conjoint. Est-ce que vous connaissez cette disposition? Vous paraît-elle juste, du point de vue de la condition féminine?

[Text]

Mrs. McDougall: On the face of it, no. I do not think it is fair, and I would be prepared to take that on.

Ms Greene: Good. Thank you.

• 1025

The Chairman: Thank you, Ms Greene. I wonder if at this time if I could just prevail on the advice of the committee. We have Sylvia Gold here. I have a list of questioners, and Mr. Martin, you are on next. I do not want to cram everything in at the end, so I wonder if it would be agreeable to the committee to have Ms Gold make her presentation this time and then we can continue the round as we have it, of either the minister or Ms Gold at that time.

Mrs. McDougall: I do not think we can do that, Mr. Chairman, because the advisory council is not a part of the government. It does not mean we do not get along, but I do not think it would be appropriate for us to be at the table at the same time.

The Chairman: I gather, Madam Minister, you have until 11 a.m., and there are two votes that could come up today. We are under that time schedule. Perhaps we could use it all with the minister at this time and make other arrangements. I am seeking guidance of the committee.

Ms Greene: I think it would be better to have a proper discussion with the minister.

The Chairman: Ms Gold, does that create some difficulties?

Ms Sylvia Gold (President, Canadian Advisory on the Status of Women): Are you suggesting that we not make a presentation this morning?

The Chairman: I gather we are going to lose quorum by 11 a.m.

Ms Gold: I will come back.

The Chairman: I apologize for that. I know it is an inconvenience.

Mr. Martin (LaSalle—Émard): I must say it was somewhat tempting to pick up where Ms Black left off and discuss interest rate policy with the minister, but I will forswear that.

There appears to be a problem developing with people who have not yet obtained refugee status and who have left young children in the countries from which they have come. I know that there are at least ten instances in my own riding. I think six of the cases concern mothers—their husbands have been killed. Is there something that can be done for people who have left their children in their homeland and now want to bring them to Canada?

My second question has to do with housing. It is my understanding that with the cutbacks in social housing a

[Translation]

Mme McDougall: À première vue, non, cela ne me paraît pas juste, et je suis disposée à examiner cette question.

Mme Greene: Je vous remercie.

Le président: Je vous remercie, madame Greene. J'aimerais maintenant faire une proposition au comité: M^{me} Sylvia Gold attend de comparaître, mais j'ai une liste d'intervenants, dont le suivant est M. Martin. Je voudrais que chacun puisse prendre son temps, et c'est pourquoi j'aimerais demander au comité s'il est disposé à entendre maintenant M^{me} Gold, puis à reprendre le tour de questions là où nous l'avons interrompu en posant alors les questions tantôt à la ministre, tantôt à M^{me} Gold.

Mme McDougall: Je ne pense pas que nous puissions faire cela, monsieur le président, parce que le Conseil consultatif ne fait pas partie du gouvernement. Cela ne signifie pas pour autant que nous ne travaillons pas de concert, mais il ne serait pas approprié pour nous de nous mettre en tandem pour répondre à vos questions.

Le président: Je crois savoir, madame la ministre, que vous avez jusqu'à onze heures et que nous risquons d'avoir à voter deux fois aujourd'hui. Nous sommes donc limités par cet horaire. Peut-être vaudrait-il mieux, en ce cas, consacrer le temps que nous avons à la ministre et prendre d'autres dispositions. J'aimerais savoir ce qu'en pense le comité.

Mme Greene: Je crois qu'il serait préférable de finir la discussion avec la ministre.

Le président: Est-ce que vous y voyez un inconvénient, madame Gold?

Mme Sylvia Gold (présidente, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme): Vous voulez dire que vous ne m'entendrez pas ce matin?

Le président: C'est parce qu'à onze heures nous n'aurons plus le quorum.

Mme Gold: Je reviendrai.

Le président: Je m'en excuse. Je me rends compte que ce n'est pas très pratique.

M. Martin (LaSalle—Émard): J'ai été tenté de reprendre la discussion sur les taux d'intérêt là où M^{me} Black l'avait laissée, mais j'ai changé d'avis.

Il semble qu'il y ait des difficultés pour les gens qui n'ont pas encore obtenu leur statut de réfugié et qui ont de jeunes enfants dans leur pays d'origine. Dans ma circonscription, j'ai entendu parler d'une dizaine au moins de ces cas. Six de ces cas concernent des mères dont les maris ont été tués. Est-il possible d'intervenir pour ceux qui ont laissé leurs enfants dans leur pays d'origine et veulent les faire venir au Canada?

Ma deuxième question porte sur le logement. Des compressions budgétaires imposées au logement social

[Texte]

major problem is arising. For instance, transition homes for battered women are affected by these cutbacks. I wonder if your influence could be brought to bear, because we seem to have run up against a wall with the housing minister.

The third question—maybe it is just a comment. A lot of work is being done to help women rise within large corporations. The business background that I come from is primarily entrepreneurial. The good news is that women are having tremendous success in business start-ups; the downside of course is that they continue to have major problems getting access to credit and capital and established networks. I wonder if there is anything you feel that the government can do in that area.

Mrs. McDougall: In terms of the refugee issue, this is clearly an issue of some considerable concern. We are really not in a position to bring families out until they are landed. The new legislation should help quite considerably, because we can move to landing much more quickly. We simply compound the problem if we bring to Canada families of people who may or may not ultimately be landed in Canada. I have some sensitivity to this and if people are in particularly dangerous situations, this can be done from time to time by exception. I do not like to spread that around, but we do. First of all, the department is very sensitive to this, and secondly, in the minister's office, we look at some of these particular cases.

[Traduction]

créent un grave problème et les foyers pour femmes battues, par exemple, sont gravement touchés par ces coupures de budget. Pourriez-vous user de votre influence? En effet, le ministre du logement nous a opposé une fin de non-recevoir.

Ma troisième question est plutôt une simple observation: on fait beaucoup pour aider à l'avancement des femmes dans les grandes sociétés. Moi, j'appartiens plutôt au milieu des entreprises. Les femmes se révèlent d'excellentes femmes d'affaires pour monter des entreprises, mais elles continuent à avoir des difficultés à obtenir du crédit, des capitaux et l'accès à des réseaux établis. Le gouvernement pourrait-il intervenir pour les aider dans ce domaine?

Mme McDougall: La question des réfugiés nous tient certainement très à coeur, mais nous ne sommes pas vraiment en mesure de faire venir les familles jusqu'à ce que le statut d'immigrant reçu soit octroyé. La nouvelle loi devrait être fort utile, car elle nous permet d'accélérer les démarches pour octroyer ce statut. Nous ne faisons que compliquer les problèmes si nous faisons venir au Canada les familles de gens qui se verront peut-être refuser le statut d'immigrant reçu. Je sympathise avec ces gens et je serais disposée à prendre des mesures exceptionnelles pour ceux qui se trouvent dans des situations particulièrement dangeueuses, mais je n'aimerais pas que cela s'ébruite. Cependant, le ministère est au courant de cette situation, à laquelle il compatit et, au bureau du ministre, nous sommes disposés à tenir compte de cas particuliers.

• 1030

One of the things you may not know about that we do, straddling between refugees and women, is that we have a women-at-risk program for women in refugee camps as government-sponsored refugees, and because there are criteria for the refugees we or the private organizations sponsor, the women-at-risk program emphasizes women who cannot under any circumstances meet the criteria but who may be at a particular risk because they are singles or single mothers in camps. Under the proposed new program we would be providing language training in the camps while people are waiting to be processed. So we are really trying to expand our horizons and use what we have in better ways than we have in the past, to make sure we can assist women particularly with special needs.

On the second-stage housing, first of all, this varies across the country quite considerably, as I found when I have gone to meet with groups across Canada. I have been in a couple of cities, for example, where... actually, I am going back a year, so I do not want to over-emphasize this point, except I think the regional variation remains. In some areas first-stage housing is not being 100% utilized... and in some areas where there is no shortage of second-stage housing. It depends very much on the housing market. Certainly in large urban areas second-

Vous ignorez peut-être que, comme nous nous occupons à la fois des réfugiés et des femmes, nous administrons un programme pour les réfugiées menacées, que le gouvernement parraine. Comme des critères s'appliquent aux réfugiées que le gouvernement ou que les organismes privés parrainent, ce programme vise celles qui ne répondent pas à ces critères mais qui courent un risque particulier en raison du fait qu'elles ne sont pas mariées, qu'elles aient un enfant ou pas. Dans le cadre du programme que nous proposons, des cours de langue seraient offerts dans les camps tant que le cas des réfugiés serait à l'étude. Nous essayons donc d'élargir nos horizons et de mieux faire usage des moyens dont nous disposons pour répondre davantage aux besoins des femmes qui ont des besoins particuliers.

Pour ce qui est du deuxième hébergement, cela varie beaucoup à travers le pays, comme je l'ai constaté quand j'ai rencontré des groupes un peu partout au Canada. Je suis allé dans quelques villes, par exemple, où... En fait, cela remonte à il y a un an, et je ne veux donc pas trop m'étendre là-dessus, sinon pour dire qu'il y a toujours des écarts régionaux. Dans certaines régions, le premier hébergement n'est pas utilisé à 100 p. 100, tandis qu'ailleurs il n'y a pas de pénurie pour le deuxième hébergement. Cela dépend beaucoup du marché de

[Text]

stage housing is a problem. But it is not a universal problem across Canada.

The provinces that establish their housing priorities establish different priorities within housing. This has come up at Status of Women Ministers federal-provincial meetings, and as a group we have all pressed our individual governments for greater accommodation of second-stage housing. In broad terms the need is increasing; in very specific community terms it may not be. The provinces are somewhat resistant in some cases.

The other question, promotions within large corporations—

Mr. Martin: No, the question really was... you have discussed the question about large corporations, but one of the things—

Mrs. McDougall: I did?

Mr. Martin: Well, you did not, but there has been discussion. It was raised somewhat. I agree with you that you did not deal with it adequately. If you would like to discuss it at great length—

Mrs. McDougall: I did not deal with it at all.

Mr. Martin: Fine. Well, you dealt with it as well as I have seen the government deal with many problems.

The real question is about women entrepreneurs. Most successful start-ups in small business are by women, and they have done this despite some very severe obstacles in access to capital and networks. I was wondering if you felt there was something the government could really do in that area. It is obviously something of great potential.

Mrs. McDougall: Through the Small Businesses Loans Act, through the Federal Business Development Bank, they not only maybe welcome women with a little more open arms than some commercial institutions do but they also provide some practical help with entrepreneurship and guiding people through the establishment of a business and so on. The Canadian Jobs Strategy has an entrepreneurial element in it for women who are unemployed and want to start their own business. Once again, that is in co-ordination with the Federal Business Development Bank.

Once again, let me say there is some regional difference in women's ability to get credit, because if you talk to the institutions at a senior level, they recognize the potential for good business out of this, but when it gets down to the branch it is quite different. I find when I speak with some women they have never had a problem. Yet if I get 20 miles out of town, they always have to have their husbands sign, which I keep telling them is really against the law. Once again, we are getting changes in some areas more than we are in others. But we do have

[Translation]

l'immobilier. Il va sans dire qu'en région urbaine, la question du deuxième hébergement est plus difficile. Sauf que le problème n'est pas généralisé à l'ensemble du pays.

Dans leur politique de logement, les provinces fixent chacune leurs priorités. Je l'ai constaté aux rencontres fédérales-provinciales des ministres chargés de la condition féminine, et notre groupe a exhorté nos gouvernements respectifs à accorder une place plus grande au deuxième hébergement. Globalement, les besoins progressent; dans certains cas particuliers, ce n'est pas nécessairement ce qui se passe. Dans certains cas, les provinces se font tirer l'oreille.

Pour ce qui est de l'autre question, au sujet de l'avancement dans les grandes entreprises. . .

M. Martin: Non, la question était de savoir... Vous avez discuté de la question au sujet des grandes entreprises, mais une des choses. . .

Mme McDougall: Vraiment?

M. Martin: Eh bien, non, mais il y a eu des discussions. On en a un peu parlé. C'est vrai, vous n'en n'avez pas parlé suffisamment. Si vous voulez nous en parler en long et en large. . .

Mme McDougall: Je n'en ai pas parlé du tout.

M. Martin: Bon. Eh bien, vous en avez parlé avec autant de soin que le gouvernement met à régler les autres problèmes.

La vraie question tourne autour des femmes entrepreneurs. La plupart des petites entreprises qui réussissent sont lancées par des femmes. Elles réussissent malgré les obstacles très importants qui se dressent devant elles pour accéder aux capitaux et aux contacts. Pensez-vous que le gouvernement peut faire quelque chose dans ce domaine? En puissance, il y a sûrement quelque chose là.

Mme McDougall: Grâce à la Loi sur les prêts aux petites entreprises et à la Banque fédérale de développement, le gouvernement ouvre peut-être un peu plus grands les bras que certains établissements commerciaux. Il offre aussi des conseils pratiques sur les lancement d'une entreprise. La Planification de l'emploi comporte un volet «entrepreneur» pour les chômeuses qui veulent se lancer dans les affaires. Cela aussi se fait en collaboration avec la Banque fédérale de développement.

Encore une fois, je répète que les possibilités de crédit pour les femmes varient en fonction des régions. À l'échelon supérieur des banques, on reconnaît l'attrait commercial de ces prêts, mais la situation est toute autre à l'échelon de la succursale. Certaines femmes n'ont jamais eu de difficulté. Pourtant, à 20 milles d'ici, elles doivent obtenir la signature de leur mari, ce qui est illégal. Encore une fois, les choses évoluent plus vite dans certains endroits. Mais il y a des programmes, grâce à la Planification de l'emploi, à la Banque fédérale de

[Texte]

programs, through the Canadian Jobs Strategy, through the Federal Business Development Bank, through Small Business Loans, that have been helping women quite considerably.

[Traduction]

développement et à la Loi sur les prêts aux petites entreprises, qui apportent une aide considérable aux femmes.

• 1035

Ms Langan (Mission—Coquitlam): I am really tempted to get into that subject, having a 23-year-old daughter who is a young entrepreneur and is tired of being treated like an "airhead" by the Federal Business Development Bank and a few other institutions. That unfortunately is an attitudinal thing, and I will not pursue it because I have other questions I want to pursue with you.

First of all, I would like to follow up on the whole question of older women. Recent poverty studies have indicated that 46% of unattached elderly women live below the poverty line. The Guaranteed Income Supplement has been a help to poor elderly women, but the spouses allowance program has been criticized because it provides assistance to elderly wives and widows of pensioners but excludes separated, divorced, and never-married persons living in poverty. Is there a plan or is there a possibility of broadening the scope of the program so it does not discriminate on the basis of marital status, and will the government be proposing any new programs to assist elderly women living in poverty? That is question number one. Maybe I will just give you all three for time's sake.

You touched on child care for native communities, and 40% of the native population are under 15 years of age living on reserves, and of 663 reserves in Canada fewer than 70 have child care facilities. It is my understanding that the Health and Welfare officials have said that this money is considered separate from the national child care funds and that the government has made a conscious decision not to fund child care on reserves. I wonder if you could comment on that.

My third question again concerns child care. When the Minister of National Health and Welfare met with us I asked him, in light of the budgetary decision to hold off on expanding the government's commitment to child care funding, especially funds that would create new child care spaces, if he could inform us what work will continue, because you and he referred within this mandate to supporting further action to meet the objectives. He was unable to give us any kind of indication of what work would be continuing within the mandate, except to say that something would happen. I wonder if you could possibly clarify somewhat what you see as the objectives within the mandate.

Mrs. McDougall: If we go back to elderly women, there are two problems. You are talking about an immediate problem, and that is elderly women who are poor. The Department of Finance, I know, is looking at the changes within the Canada Pension Plan, and the President of the

Mme Langan (Mission—Coquitlam): La tentation est trop forte. Je dois intervenir. J'ai une fille de 23 ans qui est dans les affaires et qui en a assez de se faire traiter de tête de linotte par la Banque fédérale de développement et quelques autres organismes. Malheureusement, c'est une question d'attitude. Enfin, je n'irai pas plus loin parce que j'ai d'autres questions à vous poser.

Tout d'abord, j'aimerais revenir sur la question des femmes âgées. Des études récentes sur la pauvreté montrent que 46 p. 100 des femmes âgées sans mari vivent sous le seuil de pauvreté. Le supplément de revenu garanti a apporté de l'aide aux femmes âgées dans la pauvreté, mais le programme d'allocation au conjoint a fait l'objet de critiques parce qu'il verse de l'aide aux épouses et aux veuves âgées de pensionnés mais ne s'applique pas aux personnes vivant dans la pauvreté qui sont séparées, divorcées ou célibataire. Est-il possible d'élargir le programme pour éliminer toute discrimination fondée sur l'état-civil, et est-ce que le gouvernement va proposer de nouveaux programmes pour venir en aide aux femmes âgées qui vivent dans la pauvreté? C'est ma première question. Je vais vous les poser toutes les trois pour gagner du temps.

Vous avez évoqué la question des garderies pour les villages autochtones. Or, 40 p. 100 des autochtones ont moins de 15 ans et vivent dans les réserves, et sur les 663 réserves qu'il y a au Canada, moins de 70 d'entre elles sont équipées de garderies. Les fonctionnaires du ministère de la Santé et du Bien-être social auraient déclaré que cet argent est distinct des fonds prévus pour les garderies nationales et que le gouvernement a délibérément choisi de ne pas financer les garderies dans les réserves. Pourriez-vous nous expliquer de quoi il s'agit.

Ma troisième question porte encore sur les garderies. Lorsque le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social est venu nous rencontrer, je lui ai demandé si, vu la décision de suspendre l'expansion des fonds destinés aux garderies, notamment ceux destinés à créer de nouvelles places, il accepterait de nous informer des travaux qui allaient se poursuivre, parce que vous et lui avez déclaré être en faveur de mesures supplémentaires dans ce sens. Il n'a pas pu nous dire quels travaux allaient se poursuivre, mais il nous a simplement affirmé que quelque chose allait se produire. Pourriez-vous nous préciser quels sont ces objectifs?

Mme McDougall: Pour ce qui est des femmes âgées, il y a deux problèmes. Le problème immédiat, c'est qu'il y a des femmes âgées qui sont dans la pauvreté. Le ministère des Finances est en train d'examiner des modifications au Régime de pensions du Canada, et le président du Conseil

[Text]

Treasury Board is looking at some changes in the pension plan that I think are going to be better for women.

Let us start with the Canada Pension Plan. It takes two-thirds of the provinces to reach a consensus on that, and that work is ongoing. On the other, we are presented with some difficulty around the Charter in terms of married, never married, divorced, and so on. The spousal allowance has been helpful in particular cases of widows and widowers who may not have had an attachment to the labour force at all. But in terms of others, yes, the Department of Finance is looking at that. Clearly we have some other large financial implications to that. Some of the changes that have been made will help to alleviate in future some of the problems of older women who are poor. That is why I have separated them between a short-term and a longer-term problem.

The credit splitting on divorce, the continuation of payments on remarriage, and the survivor benefits in federally registered pensions will all be things that will help to alleviate the long-term situation around women growing older on their own, but that will take a little time to come into play. So in the meantime we have to be aware of some short-term solutions. They will also benefit from the increase in the refundable sales tax credit and the fact that the level where the income tax system kicks in has increased. So there are more people off the tax rolls in that category.

• 1040

On native child care, there are two or three things. First of all, the Special Initiatives Fund in place is set up to deal with very particular problems. It is for pilot projects and practical projects. I do not want anybody doing their doctorate out of this. I have a proprietary interest in this, and it is not for research projects; it is for solutions. It will apply particularly to native children, immigrant children, children in isolated communities, children of farmers and agricultural workers, where there are very particular problems and the solutions do not fit into a niche. As the Minister of Health and Welfare explained, there is also the Native Child Care Program, which is still under very active discussion. It is at the interdepartmental level now, but I cannot tell you when the decision will be taken. The Assembly of First Nations is meeting with regional and national native groups to obtain perspectives on what native child care might entail—I think I referred to that in my speaking notes—and that is being funded under the Special Initiatives Fund.

[Translation]

du Trésor étudie des modifications au Régime de retraite, qui, je pense, vont améliorer la situation des femmes.

Commençons par le Régime de pensions du Canada. Il faut l'assentiment des 2/3 des provinces pour aboutir à une entente: Ces travaux-là se poursuivent. Pour ce qui est de l'autre question, nous rencontrons des difficultés d'ordre constitutionnel dans le cas des personnes qui sont mariées, ne l'ont jamais été, sont divorcées et ainsi de suite. L'allocation au conjoint a réussi à porter de l'aide aux veufs et aux veuves qui n'ont peut-être jamais fait partie de la population active. Mais pour ce qui est des autres, le ministère des Finances se penche actuellement sur la question. Les ramifications financières sont considérables. Certains des changements qui ont été apportés permettront d'atténuer les problèmes futurs des femmes âgées qui vivent dans la pauvreté. C'est pourquoi je fais la distinction entre le problème à court terme et le problème à long terme.

Le partage des droits au moment du divorce, la poursuite des versements après le remariage, les prestations au survivant en vertu des régimes de retraite enregistrés fédéraux sont autant de possibilités qui amélioreront la situation à long terme des femmes qui vivent seules à un âge avancé, mais tous ces programmes prendront un peu de temps avant de faire sentir leurs effets. Dans l'intervalle, il faut songer à des solutions à court terme. Elles seront également aidées du fait que le crédit remboursable pour taxe de vente a été relevée, de même que le seuil à partir duquel on doit commencer à payer des impôts. Il y aura donc davantage de personnes de cette catégorie qui ne paieront pas du tout d'impôt.

En ce qui concerne les services de garde pour les autochtones, deux ou trois choses méritent d'être signalées. D'abord, la Caisse d'aide aux projets en matière de garde d'enfants a été créée pour répondre à des problèmes très particuliers. Cette caisse sert à financer des projets pilotes et des projets d'ordre pratique. Je ne permettrais pas que personne s'en serve pour financer des recherches en vue d'obtenir son doctorat. En tant qu'instigatrice de la caisse, je tiens tout particulièrement à m'assurer qu'elle ne serve pas à financer des projets de recherche; elle doit plutôt servir à trouver des solutions. Elle vise notamment à aider les enfants autochtones, les enfants de parents immigrants, les enfants vivant dans des localités isolées, les enfants d'agriculteurs et de travailleurs agricoles, qui se heurtent à des problèmes très particuliers, pour lesquels il n'existe pas de solution toute faite. Comme l'a expliqué le ministre de la Santé et du Bien-être social, le programme de services de garde pour les enfants autochtones fait également l'objet de discussions très intenses. On en discute actuellement au niveau interministériel, mais je ne peux pas vous dire quand la décision sera prise à cet égard. L'Assemblée des Premières nations rencontre les groupes autochtones régionaux et nationaux afin de connaître leur vues sur les services de garde qui pourraient être offerts aux enfants autochtones—je crois en avoir touché un mot dans mon

[Texte]

On completing child care in this mandate, I do not know how old all of you are but I have been waiting for child care since 1949. When it says this mandate, it means this mandate. I cannot give you a date within that. It is in the hands of the Minister of Health and Welfare.

Ms Langan: I would just like to go back to native child care. I was referring specifically to the comment made that the government made a conscious decision not to fund child care on reserves.

Mrs. McDougall: That is the program I said is still under discussion.

Ms Langan: Thank you.

Mme Gabrielle Bertrand (députée de Brome—Missisquoi): Madame la ministre, j'ai hâte de relire la dernière partie de votre exposé. C'est un résumé de vos préoccupations et des préoccupations de notre gouvernement. Vous avez dit que tous les changements ou toutes les améliorations qu'on veut apporter à la condition féminine supposent un changement d'attitude de la part de tout le monde dans la société. Je vous félicite pour la dernière partie de votre exposé qui résume bien tout cela.

Permettez-moi de faire un autre commentaire. Je voudrais vous dire que nous, les membres du Comité, en tant que députés de nos comtés, sommes peut-être un peu plus pragmatiques, parce que nous vous transmettons ce que nous entendons dans nos bureaux et ce qu'on nous demande. Je voudrais vous rendre un témoignage sur un programme d'Emploi et Immigration. Soit dit en passant, je suis contente que vous ayez les deux chapeaux, celui de ministre de l'Emploi et de l'Immigration et celui de ministre responsable de la Condition féminine. Dans la stratégie de la planification de l'emploi, au chapitre de la réintégration professionnelle, vous avez un programme qui s'adresse à des groupes cibles plus défavorisés. Dans ce cadre, on vit des expériences qui permettent à des femmes qui n'ont jamais été sur le marché du travail ou qui en ont été éloignées depuis trois ans, des femmes de 35 à 50 ans, de repenser leur vie, de réévaluer leur situation et de réintégrer le marché du travail dans 80 p. 100 à 90 p. 100 des cas. Je peux vous dire qu'il y a des témoignages très éloquentes qui prouvent qu'il se fait des choses pour améliorer la condition de ces femmes-là.

Vous avez répondu aux questions de M^{me} Langan sur les femmes séparées et divorcées. J'aimerais beaucoup qu'on se penche sur cette catégorie de personnes. D'accord, les veuves avaient peut-être davantage besoin de cette aide gouvernementale, mais quand une femme n'a pas été mariée, souvent parce qu'elle a choisi de se consacrer à l'éducation de la famille de ses soeurs ou de ses frères, elle se retrouve à 60 ans sans ressources. Il y a aussi la femme séparée que le mari a plantée là. Les

[Traduction]

exposé—et ces rencontres sont financées à même le fonds d'aide pour les initiatives spéciales.

Pour ce qui est d'obtenir une gamme complète de services de garde d'enfants d'ici la fin du présent mandat, je ne sais pas quel âge vous pouvez avoir, mais je sais que, moi, j'attends depuis 1949 qu'on instaure un tel service. Si le gouvernement dit qu'il le fera au cours du présent mandat, c'est ce qu'il faut comprendre. Je ne peux pas vous donner de date précise. Tout dépend du ministre de la Santé et du Bien-être social.

Mme Langan: Je veux revenir sur la question des services de garde pour les enfants autochtones. Je parlais du fait que le gouvernement avait délibérément décidé d'exclure les services de garde dans les réserves.

Mme McDougall: C'est justement ce programme qui fait l'objet de discussions intenses.

Mme Langan: Merci.

Mrs. Gabrielle Bertrand (Brome—Missisquoi): Madam Minister, I am anxious to reread the last part of your presentation. It summarizes your concerns and those of your government. You said that no changes or improvements could be made to the status of women without a corresponding change of attitude on the part of everyone in our society. I congratulate you on the last part of your presentation, which summarizes this very well.

If I may, I would like to make a further comment. I would like to tell you that we the members of this committee, as representatives of our ridings, are perhaps a little more practical, because we convey to you the comments and requests we receive in our offices. I would like to congratulate you on a particular Employment and Immigration program. By the way, I am pleased that you wear both hats, that of Minister of Employment and Immigration and that of Minister Responsible for the Status of Women. In the Canadian Jobs Strategy, page 5, under "Job Re-entry", a program has been set up for target groups that are among the most disadvantaged. Under this program, women who are new to the labour market or who have been away from it for three years, that is, women aged 35 to 50, receive assistance to assess their situation and see how they might be able to take a new direction, and 80% to 90% of these women are able to re-enter the labour market. I can tell you that there is significant evidence that something is being done to improve the lot of those women.

You answered Ms Langan's questions about separated and divorced women. I would very much like to see consideration given to this group of women. Okay, maybe widows needed that government assistance more, but when a woman has not married, often because she chose to devote herself to raising her sisters' or brothers' families, she ends up at 60 with nothing. There are also separated women whose husbands have simply walked out on them. Separating at 55 is the latest trend. It is a real

[Text]

séparations à l'âge de 55 ans sont maintenant à la mode. C'est vraiment un drame pour ces femmes-là, et j'aimerais bien qu'on se penche sur ce problème.

• 1045

J'arrive finalement à ma question. Il est question depuis longtemps d'un régime de pensions pour les femmes au foyer. Je sais qu'il y a beaucoup d'implications provinciales dans cela et qu'on ne peut pas apporter de changements sans le consentement des provinces. Je ne veux pas me faire l'avocate du groupe REAL Women, mais je crois que les femmes au foyer, qui ont choisi et qui choisissent encore de demeurer au foyer pour éduquer leurs enfants, méritent que la société reconnaisse davantage leurs efforts. Prévoyez-vous la création d'un groupe de travail et une solution pour ces femmes-là?

Mme McDougall: Non, je n'ai pas de solution incluant la formation d'un comité spécifique. Mais il y a des choses importantes. Premièrement, comme vous l'avez dit, c'est un sujet qui intéresse à la fois les provinces et le gouvernement fédéral. Il y a une discussion. Les pensions pour les femmes au foyer, ce n'est pas la grande question pour ces femmes.

Il y a d'autres choses qu'il est important de reconnaître. La vie des femmes change. Beaucoup plus de femmes travaillent à temps partiel ou temporairement sur le marché du travail pendant leur vie. Même les femmes qui restent au foyer pour s'occuper de leurs enfants se retrouvent à un moment donné sur le marché du travail, après ou avant. Les pensions pour les femmes au foyer, c'est un sujet très important. À présent, les femmes au foyer doivent avoir plus d'appui de la société. Pour ce qui est des pensions, il faut regarder toutes les choses que fait une femme au cours de sa vie. Elle est d'abord sur le marché du travail, et elle peut ensuite passer un certain temps à la maison; par la suite, elle peut travailler à temps partiel. Toutes les choses doivent être prises en considération dans l'ajustement du régime de pensions.

Because the life pattern is varying, I think what we will have to look at in the long term is how we put the pieces of the puzzle together. We will have to look at how we integrate the financial programs, the savings programs and the special benefits for women. We should not take for granted that women are going to be either in the workplace all their lives or at home all their lives. That pattern is going to vary. It is our job to provide them with those choices and make sure there is a continuum of support. Having said that, we are involved in discussions with the provinces around pensions for homemakers.

• 1050

It was a terribly long answer. I am sorry, Mr. Chairman.

Mme Nicole Roy-Arcelin (députée d'Ahuntsic): Madame la ministre, je veux d'abord vous féliciter pour le beau travail que vous faites. Je pense que toutes les femmes sont fières de vous.

[Translation]

tragedy for those women, and a problem which I believe deserves attention.

Finally, here is my question. There has long been talk of a pension plan for homemakers. I know there is considerable provincial involvement in this area and that changes cannot be made without the consent of the provinces. I do not want to sound like an advocate of REAL Women, but I think that homemakers, who have chosen and continue to choose to stay at home and raise their children, deserve greater recognition from society for their efforts. Do you plan to establish a working group and find a solution that would accommodate these women?

Mrs. McDougall: No, I do not have any solution to propose that includes the striking of a specific committee. However, there are a few important points. First of all, as you said, both the provinces and the federal government are involved. Discussions are ongoing. Pensions for homemakers are not the top priority for these women.

There are other points which it is important to recognize. Women's lives are changing. Many more women are working outside the home part-time or temporarily in the course of their lifetime. Even women who stay at home to care for their children join the labour force at some point, before or after. Pensions for homemakers are an extremely important subject. Currently, society does not give homemakers the support they need. As far as pensions are concerned, you have to look at all the things a woman does in the course of her life. First, she is in the labour market, then she might spend a certain amount of time at home; afterward, she might work part-time. All these things must be taken into account in adjusting the pension plan.

Étant donné ces changements de mode de vie, l'important, à long terme, c'est de bien intégrer les divers éléments: programmes financiers, programmes d'épargne et prestations spéciales pour les femmes. On ne peut partir du principe que les femmes passeront toute leur vie ou au travail ou à la maison. Elles passeront de l'un à l'autre. Il nous revient de leur offrir ce choix et de leur assurer un appui continu. Cela étant dit, nous discutons avec les provinces de la possibilité d'un régime de rentes pour les femmes au foyer.

Ma réponse a été très longue. Je m'excuse, monsieur le président.

Mrs. Nicole Roy-Arcelin (Ahuntsic): Madam Minister, first of all, I would like to congratulate you for the excellent work you are doing. I think that all women are proud of you.

[Texte]

La Loi sur le multiculturalisme préconise l'intégration à part entière des femmes immigrantes et des minorités visibles dans la société canadienne. On sait que ce groupe important de notre société occupe généralement les postes les moins rémunérés. Est-ce que vous prévoyez des sommes suffisantes pour permettre à ces femmes d'étudier ou de se recycler pour mieux s'épanouir sur le marché du travail?

Mme McDougall: Il y a deux ou trois programmes importants. Nous avons lancé, il y a trois ans, le programme de langues pour les femmes. C'est un programme qui a été initié par notre gouvernement, et c'était un projet pilote. Au commencement, c'était un programme d'un million de dollars, et c'est maintenant un programme de 3.5 millions de dollars. Il a beaucoup de succès. C'est pour les femmes qui restent au foyer.

Il y a d'autres programmes pour les femmes sur le marché du travail. Si les femmes entrent au Canada en étant indépendantes, elles ont automatiquement des cours de français ou d'anglais.

Pour la femme qui entre sur le marché du travail par la suite, il y a les programmes de la Stratégie canadienne de l'emploi. Les cours de langues avec les organismes non gouvernementaux ou avec l'employeur sont inclus dans la formation. C'est un nouveau programme de cours en emploi que je propose.

Tous les programmes sont importants et s'adressent directement aux femmes. J'espère qu'il y aura autre chose. Il y a des programmes individuels de langues au gouvernement. Pour ma part, je pense qu'il est important de regarder tous les éléments pour voir s'il n'y aurait pas quelque chose de plus intégré que les éléments individuels. Est-ce assez clair?

Mme Roy-Arcelin: Oui.

Mrs. McDougall: Would you prefer that I repeat it in English?

Mme Roy-Arcelin: Non, tout va très bien. Je vous remercie beaucoup, madame la ministre.

The Chairman: We have just a few minutes, and I have Mr. White and Mrs. Clancy. There are two motions we should deal with at end of this meeting, so, Mr. White, it would be appreciated if you would be brief.

Mr. White (Dauphin—Swan River): If we have motions to deal with, maybe we should do that, because I have to leave in about two minutes. Or would you sooner I put my questions?

The Chairman: Would you like to ask just a brief question? Go ahead, just ask a brief question, if you would.

Mr. White: Minister, I actually have two questions. I will ask them both quickly. You mentioned in response to a question from Mr. Martin that women have been using the Small Businesses Loans Act. I am wondering if you have anything to quantify how effective it has been. As we all know, most of the new jobs in Canada, if not all, are

[Traduction]

The Multiculturalism Act calls for the full integration of immigrant women and visible minorities into Canadian society. We know that this important group are often found in the lowest paid jobs. Are you providing sufficient funds for these women to study or train so that they can better fulfil their potential on the labour market?

Mrs. McDougall: There are two or three important programs. Three years ago, we launched the language program for women. It was initiated by our government as a pilot project. In the beginning, it had a budget of \$1 million, and that has now grown to \$3.5 million. The program has been very successful. It is aimed at homemakers.

There are other programs for women in the labour market. Women who enter Canada as independent persons automatically receive French or English courses.

Those who subsequently join the labour force qualify for Canadian Jobs Strategy programs. Language courses given by non-governmental organizations or by the employer are included in their training. This comes under a new on-the-job language training program I am proposing.

All these programs are important and are tailored for women. I hope there will be more. There are individual language programs in the government. I, for one, believe it is important to examine all the elements in order to determine whether there might not be something better integrated than the individual elements. Is that sufficiently clear?

Mrs. Roy-Arcelin: Yes.

Mme McDougall: Préférez-vous que je répète en anglais?

Mrs. Roy-Arcelin: No, everything is fine. Thank you very much, Madam Minister.

Le président: Il ne nous reste que quelques minutes, et j'ai ici M. White et M^{me} Clancy. Il y a deux motions dont nous devrions débattre à la fin de la réunion, donc, monsieur White, je vous demanderai d'être bref.

M. White (Dauphin—Swan River): Si nous avons des motions à débattre, peut-être que nous devrions y passer tout de suite, car je dois partir dans deux minutes. À moins que vous ne préféreriez que je pose mes questions?

Le président: Avez-vous une petite question à poser? Allez-y, soyez bref, si voulez bien.

M. White: Madame la ministre, j'ai en fait deux questions. Je les poserai très rapidement. Vous avez dit en réponse à une question de M. Martin que les femmes se servent de la Loi sur les prêts aux petites entreprises. Je me demande si vous avez un indicateur quelconque qui permette de mesurer l'efficacité de cette loi. Comme nous

[Text]

created by small business, and I am just wondering how women have done quantitatively to that end.

• 1055

Secondly, I notice in the estimates on page 18 dealing with global equality for women that Canada has been quite active internationally, developing a case study in 1987 and then commissioning a resolution in 1988. I realize we are hosting a meeting in 1990, but I am wondering if you could update the committee on how well we are doing compared to some of the other countries as far as employment equity for women. I hope that is a fair question.

Mrs. McDougall: First of all, on the Small Businesses Loans Act, unless you have the numbers with you, Kay, I think we will have to take notice of that. On the international front, I think Canada is doing considerably better than some other countries and not as well as some. It depends on what benchmarks one uses. There are feminist governments, and I know there was a representative of one of those governments here a couple of years ago. I think their view of how the world should work is quite fundamentally different from what ours would be in Canada, and I say that not in a partisan way but in terms of social background and how that has developed.

The problems for women vary considerably. They are fundamentally the same issues in every country, but they vary a lot in degree from one country to another. There are different cultural attitudes towards women, and certainly many cultures are much harder on women than I think historically and traditionally Canadian culture has been, certainly in recent years. So that has an impact on how women are viewed within their society and what kind of role they play within it. I would think on balance we are doing very well compared with other countries. I think in systemic terms we are probably doing better than Britain or the United States. That is said with reservation, because it is hard to say how you actually measure some of these things. When I see the attitudes of governments towards women and the programs in place for women, then I think we are doing quite a bit better compared with those two.

Just to give you an example of what we are up against, because we have been focusing very hard internationally on women and development, at the Commonwealth Status of Women Ministers' meeting there was a very fine Minister for the Status of Women from Jamaica, who

[Translation]

le savons tous, la majorité, sinon la totalité, des nouveaux emplois au Canada sont créés par des petites entreprises, et je me demande simplement si vous avez des chiffres en ce qui concerne la participation des femmes à cet égard.

Deuxièmement, j'ai remarqué que, d'après ce que l'on dit à la page 20 du budget des dépenses relativement au progrès accompli vers l'égalité de la femme dans le monde, le Canada a joué un rôle très actif sur la scène internationale et qu'il a notamment mis au point une étude de cas en 1987 et parrainé une résolution en 1988. Je sais que nous accueillerons les participants à une conférence qui se tiendra en 1990, mais je me demande si vous ne pourriez pas faire le point à l'intention des membres du comité sur nos réalisations comparativement à celles d'autres pays dans le domaine de l'équité en matière d'emploi pour les femmes. J'espère que cette question est acceptable.

Mme McDougall: D'abord, pour ce qui est de la Loi sur les prêts aux petites entreprises, à moins que vous n'ayez les chiffres ici, Kay, je crois que nous devons en prendre note pour vous les fournir ultérieurement. Sur la scène internationale, je crois que le Canada réussit beaucoup mieux que certains pays, mais pas aussi bien que d'autres. Tout dépend des critères qu'on utilise. Il existe un certain nombre de gouvernements à tendance féministe, et je sais que nous avons reçu un de leurs représentants ici même il y a quelques années. À mon avis, leur conception de ce que devrait être le monde diffère radicalement de la nôtre; je ne dis pas cela dans un esprit partisan, mais je constate simplement que ces pays ont eu une évolution sociale différente de la nôtre.

Les problèmes auxquels se heurtent les femmes sont très différents d'un pays à l'autre. Ce sont essentiellement les mêmes problèmes partout, mais l'ampleur varie beaucoup d'un pays à l'autre. Les attitudes envers les femmes diffèrent selon les cultures, et il ne fait aucun doute que, dans beaucoup de cultures, on est beaucoup plus dur envers les femmes qu'on ne l'est au Canada, du moins depuis un certain nombre d'années. Ainsi, ces attitudes ont une incidence sur la façon dont les femmes sont perçues dans leur société et sur le rôle qu'elles y jouent. Tout compte fait, je crois que nous soutenons très bien la comparaison avec les autres pays. La discrimination systémique est sans doute moins répandue chez nous qu'en Grande-Bretagne ou aux États-Unis. Je fais cette affirmation sous toutes réserves cependant, puisqu'il est difficile de savoir comment évaluer ce genre de chose. Si j'en juge par l'attitude des gouvernements envers les femmes et par les programmes qui ont été mis sur pied à l'intention des femmes, il me semble que nous avons une avance certaine sur ces deux pays.

Pour vous donner une idée du genre d'obstacle auxquels nous nous heurtons, justement dans le domaine de la femme et du développement, dont nous nous occupons très activement à l'échelle internationale, à la réunion des ministres responsables de la condition

[Texte]

made a suggestion to the assembled group on something she thought would work for rural women. It involved doing things in individual villages, and the Status of Women Minister for India, who was also a very interesting woman, said she could not possibly do that. She has 450 million women to deal with, and they all live in villages. That gives you some idea of the range of issues we deal with internationally, but yes, we have taken the lead in Nairobi. At the UN we are highly regarded in terms of how we deal with women, and the appointments we have there I think reflect that. — Kay has a great interest in the international side and is chairing an OECD meeting next week on the role of women in the economy.

Ms Kay Stanley (Coordinator, Status of Women Canada): I will have some up-to-date data with respect to those comparisons within the 24 members of the OECD, because that is a better balance. You can make a better comparison when you are dealing with those industrialized countries as opposed to the 167 in the UN.

Mr. White: Thank you very much.

The Chairman: On behalf of the committee, Madam Minister, thank you very much for appearing here today. We appreciate the information you have provided us, and we sincerely thank you for the commitment you have to the status of women. We look forward to working with you again, through this committee and I am sure as individuals, as concerns come up from time to time.

I do apologize to Ms Gold. We are trying to arrange a meeting at a later date. We are having a bit of trouble in getting a time that is suitable for both the committee and Ms Gold, but we will advise you as soon as we can do that.

• 1100

Since we were not able to hear from the advisory council regarding vote 25, perhaps I could have concurrence that vote 25 will stand.

Vote 25 allowed to stand

The Chairman: We have heard from the Status of Women, and their vote is vote 35. I would like to have a motion that vote 35 be carried.

EMPLOYMENT AND IMMIGRATION

Status of Women—Office of the Co-ordinator

[Traduction]

féminine dans les pays du Commonwealth, la ministre responsable de la condition féminine en Jamaïque, personne admirable d'ailleurs, a proposé aux participants quelque chose qui, selon elle, permettrait d'aider les femmes des milieux ruraux. Il s'agissait d'une initiative qui pourrait être appliquée dans les divers villages, mais la ministre responsable de la condition féminine en Inde, qui elle aussi était une femme très intéressante, a répliqué qu'elle ne pourrait pas adopter cette solution. L'Inde, disait-elle, compte 450 millions de femmes, et elles vivent toutes dans des villages. Cela vous donne une idée des problèmes auxquels nous nous attaquons au niveau international, mais nous nous sommes effectivement taillé une place de chef de file à Nairobi. L'attitude que nous avons envers les femmes nous vaut beaucoup de respect aux Nations Unies et les nominations que nous avons faites à l'ONU en témoignent éloquemment. Kay s'occupe activement de la condition féminine à l'échelle internationale, et elle présidera la semaine prochaine une réunion de l'OCDE sur le rôle des femmes dans l'économie.

Mme Kay Stanley (coordonnatrice, Condition féminine Canada): Je vous fournirai des données à jour qui vous permettront de voir où nous nous situons par rapport aux 24 pays membres de l'OCDE, car je crois qu'il est plus valable de faire la comparaison avec ces pays industrialisés que de la faire avec les 167 pays membres de l'ONU.

M. White: Merci beaucoup.

Le président: Au nom du comité, madame la ministre, je tiens à vous remercier sincèrement d'avoir bien voulu être des nôtres aujourd'hui. Nous vous savons gré de l'information que vous nous avez donnée, et nous vous sommes reconnaissants de votre engagement envers la condition de la femme. Nous savons que nous pouvons compter sur votre collaboration, que ce soit pour comparaître de nouveau devant le comité ou pour nous aider, en tant que députés, à résoudre les problèmes qui se présentent.

Je fais toutes mes excuses à M^{me} Gold. Nous essayons de prévoir une rencontre à une date ultérieure. Nous avons du mal à trouver une date qui convienne et aux membres du comité et à M^{me} Gold, mais dès que la date aura été fixée, nous vous en informerons.

Étant donné que nous n'avons pas pu entendre les vues du conseil consultatif sur le crédit 25, je demande aux membres de bien vouloir donner leur accord pour que nous reportions l'étude du crédit 25.

L'examen du crédit 25 est reporté

Le président: Nous avons entendu la représentante de Condition féminine Canada, organisme visé par le crédit 35. Je demande donc qu'on propose l'adoption du crédit 35.

EMPLOI ET IMMIGRATION

Condition féminine—Bureau de la coordonnatrice

[Text]

Vote 35—Program expenditures..... \$2,917,000

Vote 35 agreed to

The Chairman: Thank you very much. I declare the meeting adjourned.*[Translation]*

Crédit 35—Dépenses du programme..... 2,917,000\$

Le crédit 35 est adopté

Le président: Merci beaucoup. La séance est levée.



*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESS

From Status of Women Canada:

Kay Stanley, Coordinator.

TÉMOIN

De Condition féminine Canada:

Kay Stanley, coordinatrice.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 4

Tuesday, June 13, 1989

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 4

Le mardi 13 juin 1989

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Main Estimates 1989-90: Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25,
30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 and 70 under
NATIONAL HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1989-1990: Crédits 1,
5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 et 70
sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET
BIEN-ÊTRE SOCIAL

APPEARING:

The Honourable Perrin Beatty,
Minister of National Health and
Welfare

COMPARAÎT:

L'honorable Perrin Beatty,
Ministre de la Santé nationale et du
Bien-être social

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Le greffier du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, JUNE 13, 1989

(6)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 3:43 o'clock p.m. this day, in Room 269 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Stan Wilbee.

Acting Members present: George Baker for Jean-Claude Malépart; Joe Fontana for Paul Martin; Len Gustafson for Brian White; Rob Nicholson for Nicole Roy-Arcelin; Jack Whittaker for Chris Axworthy.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker and Joan Vance, Research Officers.

Appearing: The Honourable Perrin Beatty, Minister of National Health and Welfare.

Witnesses: From the Department of National Health and Welfare: Dr. M.M. Law, Deputy Minister; J. David Nicholson, Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch; C. Edwin Tupper, Director General, Public Service Health, Medical Services Branch.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Friday, April 28, 1989, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1990. (See *Minutes of Proceedings, Wednesday, May 24, 1989, Issue No. 1*).

The Committee resumed consideration of Vote 1.

The Minister made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

Vote 1 was allowed to stand.

At 5:27 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 13 JUIN 1989

(6)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 15 h 43 dans la pièce 269 de l'Édifice de l'ouest sous la présidence de Bob Porter, (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: George Baker remplace Jean-Claude Malépart; Joe Fontana remplace Paul Martin; Len Gustafson remplace Brian White; Rob Nicholson remplace Nicole Roy-Arcelin; Jack Whittaker remplace Chris Axworthy.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker et Joan Vance, attachées de recherche.

Comparait: L'honorable Perrin Beatty, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Témoins: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: Dr M.M. Law, sous-ministre; J. David Nicholson, sous-ministre adjoint, Direction générale des services médicaux; C. Edwin Tupper, directeur général, Santé des fonctionnaires fédéraux, Direction générale des services médicaux.

Conformément à son ordre de renvoi du vendredi 28 avril 1989, le Comité reprend l'examen du Budget des dépenses principal pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1990. (Voir *Procès-verbal du mercredi 24 mai 1989, fascicule n° 1*).

Le Comité reprend l'examen du crédit 1.

Le ministre fait une déclaration et, avec les autres témoins, répond aux questions.

Le crédit 1 est reporté.

À 17 h 27, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE*[Recorded by Electronic Apparatus]**[Texte]*

Tuesday, June 13, 1989

• 1544

The Chairman: I see a quorum. We have the Hon. Perrin Beatty with us again today. Sir, I would like to thank you for your quick return to the committee after meeting with us a couple of weeks ago. I think the questions raised by members at that time were indicative of the interest of this committee. I kept a record of the questioning, and with the concurrence of the committee I would like to continue the meeting we had with the minister.

I understand you have a brief opening statement. We did have questioning before from I think five members. With your concurrence, we will just continue along that vein with questioning. The clerk will start a list. I have Dr. Halliday and Mr. Fontana on the list at this time. Those who were on before, in case you may have wondered, are Mr. Dingwall, Mr. Axworthy, Dr. Wilbee, Mr. Simmons and Ms Langan.

So with that, sir, I would like to welcome you on behalf of the committee and thank you for your appearance before us today. I understand you have a few brief opening comments.

• 1545

Hon. Henry Perrin Beatty (Minister of National Health and Welfare): Yes, Mr. Chairman. I want to thank the committee for having me back again. I am delighted to be able to be here.

What I wanted to do at the outset was not to take a great deal of the committee's time—because I had the opportunity before, I appeared before the committee on the last occasion to make a fairly lengthy opening statement—but to touch just very briefly on two issues. The first is that I would like to table before the committee the report on the health effects on workers who intervened at the site of the Gander air crash. We received this report relatively recently. We have had it translated, and I felt that I should present it to the committee at the earliest opportunity.

As many of you will recall, my colleague and predecessor, the Hon. Jake Epp, offered last August to have an independent study conducted to determine the after-effects, if any, on the personnel who had worked at the site of the Arrow air crash at Gander in 1985. This was in response to a variety of health complaints by the personnel involved, as well as calls by the Public Service Alliance of Canada, which represents many of those who

TÉMOIGNAGES*[Enregistrement électronique]**[Traduction]*

Le mardi 13 juin 1989

Le président: Je vois que nous avons notre quorum. Nous recevons aujourd'hui l'honorable Perrin Beatty. Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir accepté de vous représenter aussi vite devant notre Comité, après votre comparution d'il y a deux semaines. Les questions soulevées alors par les membres de ce Comité témoignent bien de leur intérêt pour votre domaine d'intervention. J'ai conservé le compte rendu des questions qui vous ont été posées, et avec l'accord des membres du Comité, j'aimerais que nous reprenions cet entretien avec le ministre.

Vous avez, je crois, une brève déclaration à présenter. J'ai reçu des avis de questions de cinq membres du Comité. Si vous le voulez bien, nous allons reprendre les questions là où nous avions arrêté. Le greffier donnera la parole à tour de rôle aux personnes inscrites sur la liste. J'ai actuellement les noms du docteur Halliday et de M. Fontana. Parmi les inscriptions précédentes figurent M. Dingwall, M. Axworthy, le docteur Wilbee, M. Simmons et M^{me} Langan.

Cela dit, monsieur le ministre, je tiens à vous souhaiter la bienvenue au nom des membres du Comité et à vous remercier d'être avec nous aujourd'hui. Vous avez, je crois, une courte déclaration à nous présenter.

L'honorable Henry Perrin Beatty (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social): Oui, monsieur le président. Je voudrais remercier le Comité de m'avoir invité de nouveau et je suis très satisfait d'avoir été en mesure de répondre à cette invitation.

Pour commencer, je voudrais éviter d'accaparer le temps de travail du Comité, car j'ai déjà eu l'occasion lors de ma dernière comparution, de présenter une déclaration assez étoffée et je me contenterai cette fois-ci de revenir brièvement sur deux sujets. Tout d'abord, je voudrais déposer devant le Comité le rapport sur la santé des travailleurs qui sont intervenus sur les lieux de l'écrasement de Gander. J'ai reçu ce rapport récemment, je l'ai fait traduire et j'ai jugé bon de le soumettre au Comité à la première occasion.

Comme vous vous en souvenez sans doute, mon collègue et prédécesseur, l'honorable Jake Epp, a proposé en août dernier de faire réaliser une étude indépendante afin de déterminer les effets éventuellement subis par le personnel qui est intervenu sur les lieux de l'écrasement de l'avion d'Arrow Air à Gander en 1985. Cette démarche faisait suite à différentes plaintes formulées par le personnel en cause ainsi qu'aux pressions de l'Alliance de

[Texte]

were involved. The Department of National Health and Welfare contracted Dr. Rosemary Marchant of Dalhousie University to conduct the study.

Avant de vous communiquer succinctement les conclusions et recommandations du Dr Marchant, je tiens à souligner que le rapport n'entend aucunement expliquer les causes de l'écrasement de l'avion. Il aidera plutôt à traiter avec les personnes qui sont appelées à intervenir après une catastrophe ou une urgence.

I would like to begin by saying that I fully accept all of the recommendations of the Dalhousie report that relate to my department. They are reasonable, they are justified, and they should be acted on as soon as possible. The Dalhousie report found that the health problems reported by the workers are primarily the result of post-traumatic stress disorder, or PTSD. No other illness can be directly linked to the incident. Post-traumatic stress disorder is the term used to describe a variety of symptoms that often occur to people who have experienced or responded to a disaster such as is not normally experienced in everyday life.

I should stress that this is not to say that these illnesses are all in the patient's head. In effect, PTSD is the outward manifestation of the body coping with stress. The most common symptoms of post-traumatic stress disorder include, among other symptoms, loss of appetite, digestive problems, difficulty in sleeping, and headaches. Additionally, the individual may suffer from personality changes, such as anger, suspicion, apathy, depression, or irritability. These effects can last for several years and are best dealt with through counselling. PTSD reactions are best dealt with within 72 hours of the event through stress debriefing methods.

Avec la permission du président, j'aimerais maintenant déposer ce rapport.

I believe that members of the committee have received copies of the report. There is an executive summary on page ii, and then the recommendations are placed on page iii. Both the executive summary and the recommendations are straightforward. It is a well-conducted report. We would be pleased to provide the committee with any information with regard to this. I think the recommendations are easily understood. They are reasonable. Speaking on behalf of the Department of National Health and Welfare, we will make available to the Government of Newfoundland and Labrador, and to any other departments, any resources we can to assist them in discharging their responsibilities. If we can get more information for members with regard to this, we would be pleased to do so.

The only other thing I would like to do just very briefly—and I will not take much of the committee's time on this at all—is simply to report briefly to the committee on the major event that took place since we last met, and that was the Fifth International Conference on AIDS, which took place this past week in Montreal. As members will probably be aware, over 11,000 people from around

[Traduction]

la fonction publique du Canada, qui représente un grand nombre de ces personnes. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a confié cette étude au docteur Rosemary Marchant de l'Université Dalhousie.

Before I present the conclusion and recommendations of Dr. Marchant I would like to stress the fact that this report is not meant to explain the causes of the plane crash. Rather, it is meant to deal with the people called to intervene after a disaster or emergency situation.

J'aimerais tout d'abord vous dire que j'accepte intégralement toutes les recommandations du rapport Dalhousie concernant mon ministère. Elles sont légitimes et j'entends y donner suite dès que possible. Le rapport Dalhousie a établi que les problèmes de santé signalés par les travailleurs résultent principalement d'une névrose post-traumatique. Aucun autre problème de santé ne peut être relié directement à l'incident. La névrose post-traumatique désigne divers symptômes souvent manifestés par les personnes qui interviennent après un désastre ou qui y sont exposées, et qui se trouvent donc dans une situation à proprement parler extraordinaire.

J'insiste sur le fait que leurs problèmes de santé ne sont pas imaginaires. En effet, la névrose post-traumatique est la manifestation extérieure de l'organisme soumis à un stress. Ses symptômes les plus courants comprennent notamment la perte d'appétit, des problèmes de digestion et d'insomnie ainsi que des maux de tête. En outre, on peut observer des modifications de la personnalité comme la colère, la suspicion, l'apathie, la dépression ou l'irritabilité. Ces manifestations peuvent durer plusieurs années et on peut y remédier par de l'assistance psychologique, notamment par des séances d'information sur le stress dans les trois jours qui suivent l'événement.

With the Chairman's consent, I will now table this report.

Je pense que tous les membres du Comité en ont reçu copie. On y trouve un résumé à l'intention de la direction à la page ii, et les recommandations figurent à la page iii. Ce résumé et ces recommandations sont très précises. Il s'agit d'un excellent rapport. Nous sommes prêts à fournir au Comité tous renseignements complémentaires le concernant. Les recommandations semblent faciles à comprendre. Elles sont tout à fait légitimes. Au nom du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, nous allons mettre à la disposition du gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador ainsi qu'à tout autre service, les ressources susceptibles de les aider à s'acquitter de leurs responsabilités. Si vous voulez d'autres renseignements à ce sujet, nous nous ferons un plaisir de vous les communiquer.

L'autre sujet que je voudrais aborder brièvement, sans empiéter indûment sur le travail du Comité, concerne le grand événement qui s'est produit depuis notre dernière rencontre, à savoir la Cinquième conférence internationale sur le SIDA, qui a eu lieu la semaine dernière à Montréal. Comme vous le savez sans doute, cette Cinquième conférence internationale sur le SIDA a

[Text]

the world came to the Fifth International Conference on AIDS, of which the Department of National Health and Welfare was one of the sponsors. Over 1,000 members of the press were accredited to cover the conference, and it brought together a tremendous range of people, ranging from people within government to persons with AIDS to scientists, doctors, community health workers, and so on. It was the first conference of its kind ever held, of this series, in which persons with AIDS were invited to participate as members of the conference itself, and we felt that the whole of the exercise was enriched as a result of their participation there.

Not surprisingly, there were no great breakthroughs announced. No one announced a vaccine to deal with AIDS; no one announced that a cure had been found for AIDS. What was striking was that progress continues to be made on the medical front. But there are tremendous challenges still for us on the social front to ensure that those people who test HIV positive or who are diagnosed as having AIDS do not suffer from discrimination, and to break down barriers to their full integration into society. As I mentioned previously to the committee, it is not only good morality that we should do away with the stigma and the discrimination but it is also good public health policy that we should do so. We are determined to do what we can to encourage that.

• 1550

I indicated to the conference, as I mentioned to the committee when I met with the committee last, that it is our intention to complement the various policies we have seen at various levels of government—federal, provincial, municipal, and non-governmental—on AIDS. It is time we stitch all of those together and develop a national policy. It would be my goal, at the end of an intensive collaborative process, to see a national strategy put in place this year, if at all possible. At the federal level we will make every possible effort to do that; to ensure that our efforts are not overlapping with one another, that we are not working at cross-purposes, and that we indeed mobilize all of the resources available at all levels of government and in the private sector.

The final day of the conference was on Friday. I think I can fairly represent the views of those who were there in saying that the conference ended on a note of optimism and a feeling that progress was being made, but that much more remains to be done. There are tremendous challenges that face all of us in dealing with this problem that threatens today millions of people around the world. There was a determination, I think, that cut across all traditional boundaries, that we would work together and do everything we could to put an end to this dreadful disease and ensure that those people who contract this disease are treated with the decency and respect to which every Canadian, and indeed every human being, is entitled.

[Translation]

réuni plus de 11 000 personnes venues du monde entier; elle était parrainée notamment par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Plus de 1,000 journalistes ont été accrédités pour couvrir l'événement qui a réuni des gens d'origine très diverse, parmi lesquels des fonctionnaires, des sidéens, des scientifiques, des médecins, du personnel para-médical et bien d'autres. Pour la première fois depuis le début de cette série de conférences, des sidéens ont été invités à participer en tant que délégués, ce qui, à notre avis, rehausse encore l'intérêt de l'événement.

Comme on pouvait s'y attendre, les délégués n'ont rien annoncé de sensationnel. Il n'a pas été question de vaccin contre le SIDA ni de traitement efficace pour les personnes atteintes. Le plus remarquable, ce sont les progrès qui se poursuivent sur le front médical. Cependant, nous avons toujours un énorme défi à relever sur le front social pour que les séro-positifs et les sidéens ne soient pas victimes de discrimination et pour éliminer tout ce qui fait obstacle à leur intégration dans la société. Comme je l'ai déjà signalé au Comité, il est essentiel de supprimer toute forme de stigmatisation et de discrimination à leur égard, non seulement d'un point de vue moral, mais également dans l'intérêt de la santé publique. Nous sommes déterminés à tout mettre en oeuvre pour y parvenir.

J'ai déclaré à la conférence, comme je l'ai signalé au Comité lors de notre dernière rencontre, que nous avons l'intention de compléter les différentes mesures prises au niveau municipal, provincial et fédéral ainsi que dans le secteur non gouvernemental en matière de SIDA. Il est temps de rassembler toutes les énergies pour concevoir une politique nationale en la matière. Ce que je vise, c'est de mettre en place une stratégie nationale dès cette année, si possible, à l'issue d'une vaste campagne de concertation. Au niveau fédéral, nous n'épargnerons aucun effort pour y parvenir, en veillant à éviter tout chevauchement avec l'action des autres intervenants et en mobilisant toutes les ressources disponibles aux différents niveaux de gouvernement ainsi que dans le secteur privé.

La conférence s'est terminée vendredi. Je pense pouvoir dire, au nom de tous les participants, qu'elle s'est terminée sur une note optimiste, avec l'impression d'avoir réalisé des progrès, mais il reste encore beaucoup à faire. Nous faisons face à un danger qui menace aujourd'hui des millions de personnes dans le monde entier. Au-delà des frontières traditionnelles, tout le monde semble déterminé à collaborer et à tout mettre en oeuvre pour venir à bout de cette terrible maladie, pour que les personnes qui en sont atteintes puissent être soignées décemment et avec le respect dû à tous les Canadiens et à tous les êtres humains.

[Texte]

Mr. Chairman, those are my initial comments. I would be pleased to answer any questions with regard to them, or on any other matter that is of concern to members of the committee. And again, I would thank the members of the committee for their hospitality.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister. As I said, we do appreciate your taking the time to be here, and I am sure the response you have given today will perhaps trigger some other questions from those on the committee.

We will continue the round that was begun at the last meeting of five-minute question periods. We will start with Dr. Halliday.

Mr. Halliday (Oxford): Mr. Minister, may I take this opportunity to welcome you to the committee and to congratulate you on your recent appointment to your new department, and to indicate to you that we are very impressed with the enthusiasm you are bringing to your new portfolio, as exemplified in your response to this AIDS problem.

I want to begin with a relatively brief question. I suspect your answer may be brief, because you may not be closely familiar with it, because it is an area that is quite controversial, not only with the medical profession but also with officials in your department, and that is the area of environmental sensitivity. I want to raise it just to flag it. I am quite certain that the health care professions have mixed feelings about the significance of it and how real a problem it is. I think there is some evidence that probably some of your officials have that same sort of feeling. I hoped you might be willing to take some time to look at that area and maybe give some serious consideration as to what might be done about that kind of problem. Perhaps you have some comments at this stage.

Mr. Beatty: It is indeed a matter that is of considerable concern. I have had the opportunity since becoming minister to talk to some people with regard to the subject and to look at some of the correspondence I have received. It is an area in which I will want to be doing a good deal more research myself. It is an area where the recognition of the concerns related to environmental sensitivity is relatively recent; yet it is an area of growing concern for many people.

I perhaps would defer at this point to Dr. Law and her assessment of the medical nature of the problem. But suffice it to say, it is an area where I am determined to look closely at it myself. I am aware that many people believe they are suffering very seriously as a result of it. I would like to see our department take an imaginative approach toward dealing with it. I do not know whether Dr. Law might want to comment with regard to the medical aspects of the problem.

Dr. M.M. Law (Deputy Minister, Department of National Health and Welfare): I would not really like to

[Traduction]

Monsieur le président, voilà ce que je voulais dire tout d'abord. Je me ferai un plaisir de répondre aux questions qu'on voudra bien me poser, soit à ce sujet, soit sur les autres domaines qui intéressent les membres du Comité. Encore une fois, je tiens à vous remercier de votre hospitalité.

Le président: Merci beaucoup, monsieur le ministre. Comme je l'ai dit, nous vous sommes reconnaissants d'avoir pris le temps de comparaître devant notre Comité et je suis certain que vos réponses d'aujourd'hui ne vont pas manquer d'en susciter d'autres.

Nous allons continuer selon la formule amorcée lors de la dernière séance, c'est-à-dire par des périodes de questions de cinq minutes. Nous entendrons tout d'abord le docteur Halliday.

M. Halliday (Oxford): Monsieur le ministre, j'en profite pour vous souhaiter la bienvenue devant notre Comité et pour vous féliciter d'avoir récemment accédé à votre nouveau poste de ministre; nous avons été très impressionnés par l'enthousiasme dont vous faites preuve dans vos nouvelles fonctions, comme en témoigne votre réaction au problème du SIDA.

Je voudrais vous poser une question assez courte. Votre réponse sera sans doute aussi courte, car il se pourrait que le sujet ne vous soit pas très familier. Il s'agit d'un sujet très litigieux, non seulement pour le corps médical, mais également pour les fonctionnaires de votre ministère; c'est celui de la sensibilité à l'environnement. Je voudrais encore une fois soulever cette question. Les membres de la profession médicale ont certainement des opinions partagées quant à l'importance et à la gravité du problème. J'espère que vous accepterez d'aborder le sujet et de nous dire ce qui pourrait être fait pour les personnes victimes de ce genre de problème. Que pouvez-vous dire à ce sujet?

M. Beatty: C'est un sujet qui nous préoccupe considérablement. J'ai eu l'occasion, depuis que je suis devenu ministre, de l'aborder avec différentes personnes et de prendre connaissance de la correspondance sur le sujet. J'entends moi-même y consacrer davantage de travaux de recherche. L'intérêt pour ce sujet est relativement récent, et pourtant, il préoccupe de plus en plus de gens.

Je pourrais transmettre la question au docteur Law, en lui demandant d'aborder l'aspect médical du problème. Quant à moi, je dirai simplement que je suis déterminé à approfondir la question. Je sais que beaucoup de gens en souffrent et j'aimerais que notre ministère leur propose des mesures ingénieuses et efficaces. Madame Law pourrait-elle nous présenter les aspects médicaux du problème?

Dr M.M. Law (sous-ministre, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Je préférerais ne pas me

[Text]

comment on that, because I think it is a matter for the real specialists in the field.

• 1555

As I am sure you are aware, Dr. Halliday, there has been some pressure brought to bear on the department to make statements about the nature of environmental sensitivity, and in effect to identify it as a recognizable health condition. We feel in the department that this is best left to the medical experts and academics, who are normally the ones who describe medical conditions. Despite the pressure to put out some kind of statement saying that this is environmental sensitivity, this is how you define it and so on, I think it is not really appropriate for us to do so.

On the other hand, we are aware that people are suffering from various substances in the environment, which give them distress. Of course, we have a role to play on that side from a regulatory point of view, to the extent we can. It does not mean it is very easy to solve that problem though, because to identify all the substances from which an individual may be suffering and then to do something about it is not an easy task.

Mr. Halliday: A second question, if I may, relates to the ongoing work of this committee. The minister may be aware that in the last Parliament the Standing Committee on Health and Welfare and Social Affairs dealt during its last year with the issue of the health care system in Canada and its funding. It got along to a certain point in the subject, but did not complete its study by any means.

What I want to raise now is your view, and perhaps some comments from you on that general topic, bearing in mind your interest in AIDS. The evidence would suggest that unless something is done in the immediate future, the stresses from that problem will greatly increase the work of the health care community and the expense involved in funding the various aspects of AIDS. The subject of demography, with an increasing number of older people, is going to put new stresses on the health care system, as is the whole topic of technology and the rapid progress in that area. I would like to know your thoughts on that, in terms of importance.

Certainly the news media picked up that issue over the last year or so, and have commented on perceived weaknesses in the health care system. They see the health care system as failing the people with long waiting lists, failure to get into hospitals when desired, and sending babies from Toronto off to Kingston or Buffalo. Apparently that is an increasing problem. Do you feel this is indeed a problem, and perhaps one the committee should continue to look at as one of its priorities for the coming year?

[Translation]

prononcer sur ce sujet, car il relève de la compétence des spécialistes en la matière.

Comme vous le savez, j'en suis sûre, monsieur Halliday, des pressions se sont exercées sur le ministère pour qu'il produise des déclarations sur la nature de la sensibilité à l'environnement et même pour reconnaître dans cette sensibilité une catégorie particulière des états de santé. Nous croyons, au ministère, qu'il vaut mieux abandonner cette question aux médecins et aux universitaires puisque ce sont eux, habituellement, qui décrivent les situations médicales. Malgré les pressions qui voudraient nous voir publier une déclaration déterminant et définissant la sensibilité à l'environnement, je crois vraiment qu'il ne nous appartient pas de le faire.

Par contre, nous savons que des gens souffrent des effets de diverses substances qui se trouvent dans l'environnement et qui créent des malaises chez ces personnes. Bien sûr, nous avons un rôle à jouer à cet égard au point de vue de la réglementation, dans la mesure où nous le pouvons. Mais cela ne veut pas dire que la solution de ce problème soit facile, car identifier toutes les substances qui puissent créer des malaises puis agir à ce sujet, ce n'est pas une tâche facile.

M. Halliday: Ma deuxième question, si vous me le permettez, porte sur le travail habituel de notre Comité. Le ministre sait sans doute que, lors de la dernière législature, le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales a traité, au cours de sa dernière année, de la question du régime de soins de santé du Canada et du financement de ce régime. Le Comité a mené son travail jusqu'à un certain point, mais il ne l'a pas terminé, il s'en faut de beaucoup.

J'aimerais connaître votre opinion et sans doute aussi entendre vos commentaires sur cette question générale, à la lumière de votre intérêt pour le SIDA. Tout semble indiquer que, à moins que des initiatives soient prises dès maintenant, les pressions exercées par ce problème vont grandement augmenter le travail des spécialistes de la santé et les dépenses que suppose le financement des divers aspects du SIDA. La démographie, avec l'augmentation du nombre des personnes âgées, va exercer de nouvelles pressions sur le régime de soins de santé, tout comme la question générale de la technologie et des progrès rapides de cette dernière. J'aimerais savoir quel est votre avis sur l'importance de ces questions.

Les médias ont certes examiné cette question depuis un an environ et ils ont mis en lumière ce qui semble être les points faibles du régime de soins de santé. On semble dire que ce régime ne répond plus aux attentes et on évoque à ce sujet les longues listes d'attente, l'impossibilité de se faire hospitaliser lorsqu'on le désire et l'envoi des bébés de Toronto à Kingston ou à Buffalo. Il semble que le problème s'intensifie. Croyez-vous qu'il s'agisse effectivement d'un problème et que le Comité doive continuer de voir là une de ses priorités pour l'année qui vient?

[Texte]

Mr. Beatty: Certainly it is a problem all of us will be looking at. When I last met with the committee, Dr. Halliday, I suggested some areas I saw as new areas the committee might want to look at. I am also impressed, though, with the work done by the previous committee in looking at the health care system.

I would simply premise my response by saying that I continue to believe Canada has the best health care system in the world. We all know of problems with it. We all have heard stories of delays or of other difficulties within the system. I guess the bottom line for all of us would be to ask a simple question of ourselves: If you knew you were going to become ill, is there any other country in the world in which you would want to rely upon the health system, ahead of Canada? I think for most of us the answer is that we would choose Canada first. The quality of personnel, the quality of treatment, and availability of free universal medical care facilities really puts us in a position of world leadership.

Having said that, there are strains on the system, and they are going to be growing. One of the things that has become abundantly clear to us is that the focus we have had in the system in the past toward trying to cure disease or deal with disease after it takes place is perhaps the wrong focus. If we are serious about moderating costs within the system, it is going to be important for us to change focus and to put much more emphasis in the future on avoiding disease or avoiding accidents.

For example, if you look at the cost to our system today as a result of damage done to individuals through improper use of drugs, alcohol or tobacco, we are looking at annual costs in the neighbourhood of \$5 billion a year. Dr. Law can correct me if I am wrong. Indeed, tobacco itself is the largest single cause of preventable disease in Canada. We can either put our money into trying to deal with a person's problems after he develops cardiovascular disease or cancer, or we can invest money at the front end to try to change lifestyles and to try to encourage Canadians to avoid disease. That certainly would be the emphasis I would like to see.

• 1600

That is why in a range of areas the department is committing money to trying to encourage Canadians to avoid problems instead of simply dealing with them, whether it is drug abuse or alcohol abuse. Our country and our Parliament have been in a leadership position around the world on the whole issue of tobacco use. I think that should continue, and indeed that the struggle there has to be stepped up. There is also accident prevention, and a whole range of other areas.

You have put your finger on another strain that we will be seeing coming into the system. One of the offers I would like to make to the committee for a later date is a

[Traduction]

M. Beatty: À n'en pas douter, c'est un problème que nous allons tous examiner. La dernière fois que j'ai rencontré les membres de votre Comité, monsieur Halliday, j'ai énuméré certains nouveaux secteurs comme étant susceptibles d'intéresser le Comité. Mais je suis aussi impressionné par le travail qu'a fait le comité antérieur dans l'examen du régime de soins de santé.

Avant de répondre, j'aimerais dire tout simplement que je continue de croire que le Canada possède le meilleur régime de soins de santé du monde. Nous savons tous qu'il s'y trouve des problèmes. Nous avons tous entendu parler des retards et des autres difficultés que connaît le régime. Mais, l'essentiel, à mon avis, c'est la réponse à cette simple question que nous pouvons nous poser: Si je savais que j'allais être malade, y a-t-il un autre pays, à part le Canada, où je voudrais être pour compter sur le régime de santé? J'ai l'impression que la plupart d'entre nous choisiraient le Canada d'abord. La qualité du personnel, la qualité des traitements, l'universalité des soins gratuits, tout cela nous met vraiment à l'avant-garde.

Le régime connaît pourtant des pressions, qui vont en augmentant. Nous voyons clairement aujourd'hui que nous avons peut-être eu tort, jusqu'à présent, de vouloir surtout guérir les maladies ou de traiter la maladie après qu'elle s'est produite. Si nous voulons vraiment que le régime soit moins coûteux, il importe que nous déplaçons l'accent et que nous travaillions davantage à l'avenir à éviter les maladies ou à éviter les accidents.

Par exemple, si l'on examine les frais que subit aujourd'hui notre régime du fait des dommages causés aux individus par le mauvais usage des stupéfiants, de l'alcool ou du tabac, nous y voyons des coûts annuels de l'ordre de 5 milliards de dollars par année. Le docteur Law pourra me corriger si j'ai tort. En réalité, le tabac constitue à lui seul la principale cause des maladies évitables au Canada. Nous pouvons ou bien consacrer notre argent à nous occuper des problèmes du citoyen après qu'il a contracté une maladie cardio-vasculaire ou un cancer ou bien nous pouvons consacrer notre argent à des mesures préventives en essayant de changer les styles de vie et d'encourager les Canadiens à éviter les maladies. J'aimerais bien, quant à moi, que ce soit là-dessus que porte l'accent.

Voilà pourquoi dans divers domaines le ministère engage des sommes pour encourager les Canadiens à éviter les problèmes plutôt qu'à les régler, qu'il s'agisse de l'abus des stupéfiants ou celui de l'alcool. Notre pays et notre Parlement jouent un rôle d'avant-garde au sujet du tabagisme. A mon avis cela doit continuer; il faut même intensifier la lutte. Il y a aussi la prévention des accidents et une foule d'autres domaines.

Vous avez bien identifié une des pressions nouvelles qui s'exercent de plus en plus sur le régime. J'aimerais inviter le Comité à se pencher plus tard sur une étude qui

[Text]

study that was conducted by my department for the government on the demography of Canada, changing demographic trends. This will be very important to the work of the committee, both from the point of view of strains upon the medical care system, but also in terms of what sort of impact there will be on social programs for the future.

You are quite correct, the study does show that Canada is an aging society. We are aging gracefully, but we are aging. This poses challenges in terms of some of our social programs to ensure that they are properly funded, and that we can provide to the elderly the quality of services to which they have become entitled, and ensure that we have facilities for medical treatment as well.

One of the first visits I made was to the Baycrest Hospital and Senior Citizens Facility in Toronto, which is just an outstanding facility by any description. They stressed to me that what they were finding just in recent years was that the age of people coming into their facilities was older than ever before. People were staying in their own homes longer than was ever before the case. But when people were coming into the facilities they were requiring much more acute care than was the case previously. That means more expense per individual that they have in the facility. So there is certainly a challenge put on the system.

To the extent to which we can moderate cost by avoiding disease and avoiding accidents and by encouraging the independence of seniors, the ability of seniors to maintain their own homes and to stay in them, I think it is desirable we should do so.

That study has been completed. I will be briefing my Cabinet colleagues on it, and perhaps when the House resumes in the fall one of the interesting ways for you to resume your work would be to receive a full briefing from the task force that conducted the study. I think you would find it fascinating.

With regard to medical technology, you have put your finger again on a fascinating but very costly area of development. It is the sexiest area, perhaps, in terms of attracting public attention in the whole medical field, and yet it is also the most cost-intensive. I am hoping that one of the benefits we will be getting from the Royal Commission on Reproductive Technologies is that we will begin to explore some of these questions about the interaction, the use of technology in medicine, what are the moral and economic implications of doing so, and legal implications. I hope that some of the lessons we learn there will be applicable in other areas as well, as we try to set priorities and as we try to ensure that the introduction of technology enhances human dignity instead of detracting from it.

[Translation]

a été menée par mon ministère pour le gouvernement sur la démographie du Canada, sur l'évolution des tendances démographiques. Il s'agit là de quelque chose de très important pour le travail du Comité, à la fois au point de vue des pressions qui s'exercent sur le régime de soins de santé médicaux et au point de vue de l'impact de cette réalité nouvelle sur les programmes sociaux de l'avenir.

Vous avez tout à fait raison: l'étude montre effectivement que le Canada est une société vieillissante. Nous vieillissons dans l'élégance, mais nous vieillissons quand même. Cela crée pour nous des défis en ce que nos programmes sociaux doivent être bien financés et aussi parce que nous devons fournir à nos citoyens âgés le service de qualité auquel ils ont droit. Nous devons aussi posséder les installations qui permettent les soins médicaux.

Une des premières visites que j'ai faites a été à l'Hôpital et centre d'accueil Baycrest de Toronto, qui est une installation tout à fait remarquable. On m'a dit y avoir constaté ces dernières années que les gens qui se présentent chez eux sont de plus en plus âgés. Les gens restent chez eux plus longtemps qu'auparavant. Mais lorsqu'ils se présentent effectivement à l'établissement, ils ont besoin de soins plus intenses qu'autrefois. Cela entraîne plus de dépenses par personne. Il y a donc là un défi qui se pose nettement au régime.

Dans la mesure où nous pouvons réduire les coûts en évitant les maladies et les accidents, ou nous encourageons les personnes âgées à demeurer indépendantes ou les personnes âgées peuvent garder leur maison et y rester, je crois qu'il est souhaitable de le faire.

Cette étude est maintenant terminée. Je vais en faire part à mes collègues du Cabinet puis, lors de la reprise des séances de la Chambre à l'automne, ce serait peut-être intéressant pour vous de reprendre votre travail en recevant un exposé complet de la part du groupe de travail qui a réalisé l'étude. Je crois que cela vous intéresserait énormément.

En ce qui concerne la technologie médicale, vous touchez là, encore une fois, une innovation fascinante, mais très coûteuse. C'est peut-être, de tout le domaine médical, le secteur qui est le plus apte à retenir l'attention du grand public, mais c'est aussi celui qui coûte le plus cher. J'espère qu'un des principaux avantages que nous retirerons de la Commission royale sur la technologie de la reproduction sera de nous éclairer un peu plus sur certaines des questions que posent le recours à la technologie en médecine, les répercussions morales et économiques de cette utilisation, les répercussions juridiques aussi. J'espère que certaines des leçons que nous y apprendrons pourront s'appliquer aussi à d'autres domaines car nous allons tenter de nous donner des tâches prioritaires et de faire en sorte que l'adoption de la technologie protège la dignité humaine plutôt que de l'amoinrir.

[Texte]

Mr. Fontana (London East): I am sure everybody in this room would agree with your view of how great Canada is, Mr. Minister, and how much Canada is in a leadership position. I also noted in your two reports today reference to the health effects of workers after the Gander tragedy, and your insight into AIDS.

I want to continue the questioning that our health critic began with some time ago, on the question—I suppose it may not be such a sexy issue—of the thalidomide victims. We are all Members of Parliament, and we all have a collective responsibility to right the wrongs of yesterday, and this particular case goes back 27 years. The Gander incident was only three years ago. AIDS, as we know it, has just occurred.

We talk about righting the wrongs, and we talk about being sensitive and wanting to help people with AIDS, and being compassionate and giving them the decency and respect they require. Yet your government has essentially not dealt with this issue.

• 1605

In fact, since February the thalidomide task force has brought forward their report. It was thorough; it was a substantive document. It clearly showed that the thalidomide victims in Canada deserve compensation. In fact, the commitment was made by a former health minister 26 years ago. Yet, Mr. Minister, in certain reports to this committee or to this House and to the task force and even in some interviews you have had, the only thing you can say is that this government is looking at the problem, that you have introduced the cost-sharing with the provinces again, something that was floated 27 years ago.

I wonder if I could ask you, Mr. Minister, here and now if you are prepared to tell the victims that you are prepared to make a decision and deal with the question of compensation. You talked about leadership of this country. I can only tell you that a notice of intent to the Human Rights Commission in the United Nations has gone forward by this group because they are fed up with the stonewalling, with the inaction of this government for over 27 years. Can I have a commitment from you today to this committee that you are prepared to take this issue as seriously as you have the AIDS issue, as seriously as you have the Gander issue, as seriously as you have every other issue? But perhaps maybe you can make a commitment to those 125 people who have suffered long enough and want their government to finally say, yes, we are prepared to do something for you.

Mr. Beatty: I can certainly give you the assurance that, first of all, I will take it as seriously as these other issues, and second, that I do. I am sure it was not intended that

[Traduction]

M. Fontana (London-Est): Je suis sûr, monsieur le ministre, que tout le monde ici partage votre sentiment sur la grandeur du Canada et sur le rôle d'avant-garde de notre pays. J'ai aussi noté dans vos deux rapports d'aujourd'hui une allusion aux effets sur la santé des travailleurs à la suite de la tragédie de Gander et l'intérêt que vous portez au SIDA.

J'aimerais continuer en reprenant ce que notre critique de la santé a dit il y a un certain temps sur la question—peut-être pas tellement agréable—des victimes de la thalidomide. Nous sommes tous députés et nous possédons la responsabilité collective de redresser les torts causés hier dans ce cas particulier, le tort en question remonte à 27 ans. L'incident de Gander s'est produit il y a seulement 3 ans. Le SIDA, nous le savons, vient tout juste de se produire.

Nous voulons redresser les torts, nous voulons nous montrer sensibles et venir en aide aux victimes du SIDA, nous voulons faire preuve de compassion et permettre à ces victimes de vivre dans la dignité et le respect dont ils ont besoin. Pourtant votre gouvernement n'a à peu près rien fait au sujet de cette question.

Au fait, c'est en février que le groupe de travail sur la thalidomide a présenté son rapport. C'était un rapport bien fait; un document sérieux. Ce rapport démontre clairement que les victimes de la thalidomide au Canada méritent une compensation. L'engagement en a même été pris par un ancien ministre de la Santé il y a 26 ans. Pourtant, monsieur le ministre, dans certains rapports à notre Comité ou à la Chambre et au groupe de travail et même dans certaines interviews auxquelles vous vous êtes prêté, tout ce que vous pouvez dire, c'est que le gouvernement examine le problème, que vous avez présenté de nouveau le programme de partage des coûts avec les provinces, c'est-à-dire une solution qui a été suggérée il y a 27 ans.

J'aimerais vous demander aujourd'hui, monsieur le ministre, si vous êtes disposé à dire aux victimes que vous allez prendre une décision et vous occuper de la question de la compensation. Vous avez parlé du rôle d'avant-garde que joue notre pays. Tout ce que je peux vous dire, c'est qu'un avis d'intention a été envoyé par ce groupe à la Commission des droits de la personne des Nations Unies parce qu'il en a assez de la paralysie, de l'inaction de ce gouvernement depuis 27 ans. Pouvez-vous vous engager ici aujourd'hui, devant notre Comité, à aborder cette question aussi sérieusement que vous l'avez fait dans le cas du SIDA, aussi sérieusement que vous l'avez fait dans le cas de Gander, aussi sérieusement que vous l'avez fait pour toutes les autres questions? Mais peut-être pouvez-vous prendre un engagement envers ces 125 personnes qui souffrent depuis assez longtemps et qui veulent que leur gouvernement se montre enfin disposé à agir pour elles.

M. Beatty: Je puis certes vous assurer que, tout d'abord, je vais prendre cette affaire tout aussi au sérieux que les autres et, deuxièmement, que je le fais déjà. Je suis sûr

[Text]

you would introduce a partisan note in this, because it is an issue that should be above partisanship.

I received the report on February 14. Mr. Chairman, if the hon. member wants to be critical of my actions in the last two or three months since February, I guess he would have to look at what was done by successive Liberal governments over the term they were in office. We received it on February 14. I think this is an issue that should not be used as a partisan football. I think the fate of thalidomide victims is too important to be used in that way.

What I did was meet with members of the task force firsthand, and we discussed their report. I have indicated several times that we assign a high priority to this, as we do to the other instances where people have asked for special assistance. I have asked Mr. Chadderton, who is their adviser, to continue to meet with the department. We have had, for example, very good meetings with the Canadian Hemophilia Society that have been very helpful to us as we have been trying to work out a program and work out principles that will ensure that everyone is fairly treated who makes application to the government for assistance.

To date those efforts have been rebuffed, and I regret that because I think it is important that we work together and that we assign a high priority to this. In the interim, we have had to continue to work on the program without that sort of contact with him. I renew the invitation again to him to participate and to have contact with us and assist us as we do our work.

I consider it a serious issue. There are a number of instances where people have made requests for assistance on a catastrophic basis or for compensation. We want to ensure that in all instances people are dealt with fairly and that we do not do an ad hoc approach that would treat one group differently from another, but rather, that we operate on the basis of principles that recognize the uniqueness of each case while at the same time ensuring that each individual is fairly treated. I certainly can make the pledge that I take this very seriously. I want to see discussions with the group itself, and I would welcome their participation in this, just as we have had excellent co-operation from other groups.

Mr. Fontana: Mr. Minister, I do not want to make this discussion partisan.

Mr. Beatty: Good.

Mr. Fontana: I indicated to you that all governments of the past were responsible for inaction and therefore the time for action is now. As I indicated, I am sure every member of this House wants to deal with this particular question.

[Translation]

que vous ne vouliez pas jeter une note partisane dans cette affaire, car c'est une question qui devrait s'élever au-dessus de la partisanerie.

J'ai reçu le rapport le 14 février, monsieur le président. Si l'honorable membre veut critiquer ce que j'ai fait au cours des deux ou trois mois qui se sont écoulés depuis février, je pense qu'il devrait jeter un coup d'oeil sur ce qu'ont fait les gouvernements libéraux successifs lorsqu'ils étaient au pouvoir. Nous l'avons reçu le 14 février. À mon sens, c'est une question qui ne devrait pas faire l'objet d'attaques partisans. À mon avis, le sort des victimes de la thalidomide est trop important pour être utilisé de cette manière.

Ce que j'ai fait, ce fut de rencontrer les membres du groupe de travail tout d'abord et de discuter avec eux de leur rapport. Comme je l'ai dit plusieurs fois, nous accordons un rang prioritaire à cette question, comme nous le faisons chaque fois que des gens nous ont demandé une aide spéciale. J'ai demandé à M. Chadderton, leur conseiller, de continuer à rencontrer les hauts fonctionnaires du ministère. Ainsi, nous avons eu d'excellentes réunions avec la Société canadienne de l'hémophilie. Ces rencontres nous ont été très utiles dans nos efforts visant à créer un programme et à établir des principes assurant le traitement équitable de tous ceux qui font appel à l'aide du gouvernement.

Jusqu'à présent, ces efforts ont été infructueux et je le regrette car, à mon avis, il importe de travailler ensemble et d'accorder un rang prioritaire à cette question. Pendant ce temps, nous avons dû continuer de travailler au programme en question sans contact avec ce conseiller. Je lui renouvelle l'invitation d'apporter sa participation, de communiquer avec nous et de nous aider à faire notre travail.

Je considère que c'est une question sérieuse. Il y a plusieurs cas où des gens nous ont demandé de l'aide à l'occasion d'une catastrophe ou pour obtenir une compensation. Je puis vous affirmer que, dans tous les cas, les gens sont traités avec équité et que nous n'avons pas une approche spéciale selon laquelle les groupes seraient traités différemment les uns les autres, mais que nous nous appuyons plutôt sur des principes reconnaissant le caractère particulier de chaque cas tout en assurant le traitement équitable de chaque personne. Je peux certainement vous promettre que je prends cette affaire très au sérieux. Je désire des entretiens avec le groupe lui-même et j'invite sa participation, qui assurera la même collaboration excellente que nous avons reçue d'autres groupes.

M. Fontana: Monsieur le ministre, je ne veux pas en faire une discussion partisane.

M. Beatty: Bravo.

M. Fontana: J'ai dit que tous les gouvernements du passé s'étaient montrés coupables d'inaction et que par conséquent il est temps d'agir. Comme je l'ai dit, je suis sûr que tous les députés veulent régler cette affaire.

[Texte]

Mr. Beatty: You mentioned Gander, for example. The Gander incident took place in 1985. Last year my colleague commissioned a report on Gander. It took almost a year to do, and we have made it available to the committee. We are acting on it as quickly as possible. Similarly, we want to act in the whole and it is a relatively low-cost report in terms of the recommendations it makes. It can be acted on relatively easily.

• 1610

I want to ensure that we are moving into an area in which no program at all exists today and that we develop principles that are fair to everyone involved. I am sure you share that goal—to ensure fairness to everyone. We want to do so with some urgency; and most importantly, we want to do so with the co-operation of the groups involved, which we continue to solicit. I think you can also be helpful in encouraging that.

Mr. Fontana: That is what I am trying to do this afternoon.

Mr. Minister, letters went out on May 26 to you and to the Prime Minister, indicating the desire to meet with you. If in fact compensation is not the question, if in fact you are admitting this afternoon that it is not a question of how much, but of saying yes or no to compensation and you want to work out the details, I am sure this group is more than willing to meet with your officials to determine the compensation package.

You talk about uniqueness, and I agree that each and everyone has to be treated according to his own unique character. But when you talk about compensation you try to lump them all in with the haemophiliacs and everything else. I understand that the government must make policies and must make decisions that in fact will ensure that everybody is treated equally. But I am sure you also realize that this has been going on for 27 years and that you have to treat it in its own unique fashion, as opposed to waiting for a government policy to see how you are going to deal with haemophiliacs, people with AIDS, people with all kinds of other things.

Those people asked you on May 26, and they asked the Prime Minister, before they decided to go to the United Nations. I must say that they did not take that action lightly, but they are frustrated; they are disappointed that their own government has done absolutely nothing. Ours is the only western country that has not dealt with the victims of thalidomide. That is the point we are at, Mr. Beatty.

[Traduction]

M. Beatty: Vous avez parlé de Gander, par exemple. L'incident de Gander s'est produit en 1985. L'an dernier, mon collègue a demandé un rapport sur Gander. Il a fallu près d'un an pour que ce rapport soit préparé et nous l'avons remis à votre Comité. Nous agissons le plus rapidement possible dans cette affaire. Nous désirons une intervention globale et c'est un rapport relativement peu coûteux quant à ses recommandations. Il est assez facile de prendre les décisions nécessaires.

Je veux que nous abordions un domaine où il n'existe à l'heure actuelle absolument aucun programme et que nous élaborions des principes qui soient justes pour tous. Je suis sûr que vous faites vôtre cet objectif: assurer un traitement équitable à tous. Nous sommes assez pressés d'agir dans ce sens et, chose plus importante que tout, nous voulons que ce soit avec la collaboration des groupes en cause, collaboration que nous continuons de demander. Je crois que vous pouvez aussi jouer un rôle utile pour encourager cette manière de faire.

M. Fontana: C'est ce que j'essaie de faire aujourd'hui.

Monsieur le ministre, on vous a envoyé, le 26 mai, à vous et au premier ministre, des lettres dans lesquelles on manifestait le désir de vous rencontrer. Si ce n'est pas la compensation qui crée un problème, si vous admettez effectivement cet après-midi que ce n'est pas une question de telle ou telle quantité, mais de dire oui ou non à la compensation et qu'il s'agit de régler les détails de l'affaire, je suis sûr que ce groupe est plus que désireux de rencontrer vos hauts fonctionnaires pour établir le montant de la compensation.

Vous parlez du caractère particulier de telle ou telle situation et je suis d'accord que chacun doit être traité selon ce caractère particulier. Mais, lorsque vous parlez de compensation, vous voulez les regrouper tous avec les hémophiles et tout le reste. Je comprends que le gouvernement doit adopter des politiques et qu'il doit prendre des décisions qui assurent la véritable égalité de traitement pour tous. Mais vous comprendrez, j'en suis sûr, que cette situation existe depuis 27 ans et que vous devez la traiter d'une manière particulière, plutôt que d'attendre une politique gouvernementale qui vous dira comment vous occuper des hémophiles, des gens qui ont le SIDA, des gens qui sont aux prises avec toutes sortes d'autres problèmes.

Ces gens-là ont fait appel à vous le 26 mai, et ils ont aussi fait appel au premier ministre, avant de décider de soumettre leur cas aux Nations Unies. Je dois dire qu'ils n'ont pas pris cette décision à la légère, mais qu'ils se sentaient frustrés. Ils sont déçus de constater que leur propre gouvernement n'a fait absolument rien. Nous sommes le seul pays occidental qui ne se soit pas occupé des victimes de la thalidomide. C'est là que nous en sommes, monsieur Beatty.

[Text]

Mr. Beatty: It is not that we have done absolutely nothing. For example, we continue to provide assistance through the Canada Assistance Plan. I fully share your sense of urgency, but I disagree with you when you say that we should deal with each of these cases completely in isolation without reference to fairness to the other groups.

You raise the question of haemophiliacs who have contracted AIDS. Several hundred of them in Canada, perhaps as many as 900 or more, have contracted AIDS. I disagree with you that this is not an urgent issue. This needs to be resolved now. These are people who are testing HIV positive or have AIDS. AIDS is a fatal disease. The clock is ticking away for people who have AIDS, and it is extremely serious. These are people who because they are haemophiliacs for the most part are unable to have life insurance or other forms of insurance to support their families. Often they are young men who are going to be leaving families behind, and I think there is an urgency to this. I do not think they can be left on the shelf to wait until later. I do not feel any of these groups can.

I do not believe it is unreasonable that, having received the report on February 14, my first request was to have a chance to meet with thalidomide victims and also to have follow-up meetings with them. I have written to Mr. Chadderton twice to request that they have such meetings in addition to the meeting I had previously. I would welcome it and I think we should work together on it.

It is not a question of simply looking at each group without reference to the other. It is a question of ensuring that everybody is fairly dealt with, with a sense of urgency. To do that requires co-operation on all sides.

Mr. Fontana: It is not my intention to indicate that dealing with haemophiliacs is any less urgent than dealing with the victims of thalidomide. Let me just indicate to you that I do not believe one should play one group off against the other.

Obviously you are not going to wait 27 years to deal with the people who have contracted AIDS. What I am saying is that unique situation has gone on for 27 years. The case of who was at fault and what happened is pretty clear. It is just a question of sitting down and determining what compensation is required, in the same way that I think you should do with the haemophiliacs and other groups that in fact have come to this government. But if you are saying no, you want to wait until a policy is devised so you can deal with everybody totally, then I suggest to you we may be another 25 years dealing with all other matters.

[Translation]

M. Beatty: Il n'est pas exact de dire que nous n'avons fait absolument rien. Par exemple, nous continuons de fournir l'aide nécessaire par l'intermédiaire du Régime d'assistance publique du Canada. Je conviens avec vous que c'est urgent, mais je ne suis pas d'accord pour dire que devrions nous occuper de chacun de ces cas isolément, sans nous soucier que ce soit équitable ou non pour les autres groupes.

Vous avez soulevé la question des hémophiles qui ont contracté le SIDA. Plusieurs centaines d'entre eux au Canada, peut-être même 900 ou davantage, ont contracté le SIDA. Je ne suis pas d'accord avec vous pour penser qu'il ne s'agit pas là d'une question pressante. Il faut que ce soit réglé immédiatement. Il s'agit de gens qui ont obtenu des résultats positifs au test du virus de l'immunodéficience humaine ou qui souffrent déjà du SIDA. Le SIDA est une maladie mortelle. Chaque seconde compte pour les gens qui ont le SIDA. Et c'est extrêmement sérieux. Ce sont là des gens qui, parce qu'ils sont hémophiles, pour la plupart sont incapables d'obtenir une assurance-vie ou quelque autre forme d'assurance que ce soit pour soutenir leur famille. Souvent, il s'agit d'hommes jeunes qui vont laisser des familles derrière eux et je crois qu'il s'agit d'une question pressante. Je ne crois pas que nous puissions les abandonner un certain temps pour nous occuper d'eux plus tard. Et, à mon avis, c'est le cas de tous ces groupes.

Je ne considère pas comme une décision déraisonnable que, ayant reçu le rapport le 14 février, j'aie demandé tout d'abord la possibilité de rencontrer les victimes de la thalidomide et d'avoir des rencontres subséquentes avec ces personnes. J'ai écrit deux fois à M. Chadderton pour réclamer de telles rencontres, outre la rencontre à laquelle j'avais déjà participé. Je serais heureux de telles rencontres et, à mon avis, nous devrions travailler ensemble à ce sujet.

Il ne s'agit pas d'examiner tout simplement chaque groupe sans songer aux autres. Il s'agit de veiller à ce que tout le monde soit traité équitablement et rapidement. Il faut pour cela la collaboration de tous.

M. Fontana: Je n'ai pas l'intention de dire qu'il est moins pressant de régler la question des hémophiles que de régler celle des victimes de la thalidomide. Permettez-moi tout simplement de vous dire que, à mon avis, il ne convient pas d'opposer les groupes les uns aux autres.

De toute évidence, vous n'allez pas attendre 27 ans pour vous occuper des personnes qui ont contracté le SIDA. Ce que j'ai à dire, c'est que cette situation toute spéciale existe depuis 27 ans. On sait assez bien qui est responsable et ce qui s'est produit. Il s'agit tout simplement maintenant d'établir ensemble quelle est la compensation nécessaire, de la même manière que vous devez le faire, à mon avis, avec les hémophiles et les autres groupes qui sollicitent l'aide du présent gouvernement. Mais si vous répondez non, que vous voulez attendre l'élaboration d'une politique pour que vous puissiez vous occuper définitivement de tout le monde, j'ai l'impression qu'il faudra peut-être encore 25

[Texte]

[Traduction]

ans avant qu'on puisse s'occuper de toutes les autres questions.

• 1615

Mr. Beatty: I am a little disappointed you would take that approach. I would have hoped your response would have been not to forget about these other people and leave them for 25 years—

Mr. Fontana: I did not say that.

Mr. Beatty: —and it will take forever to develop a policy. Rather, your approach should have been let us ensure everybody is fairly dealt with and let us do it on a timely basis. Surely that is what—

Mr. Fontana: But you are the government, Mr. Minister.

Mr. Beatty: Well, exactly; and that is what my obligation is: to ensure all groups are fairly dealt with and to ensure we develop principles that apply fairly to everyone, so you do not get a situation where you or I or anyone else plays off one group against another. Let us ensure that all groups are fairly dealt with, that the principles are there, spelled out publicly, so everyone knows how they are affected and that they are fairly applied. That is surely the only reasonable way in which to develop a policy like this.

Far from expecting to wait 25 years to do something like that, I consider this a matter of some urgency. We have to sit down together. That is why I have written to Mr. Chadderton to ask him to be prepared to meet and to sit down and to discuss this matter in exactly the same way as other groups have been doing, with considerable success. That is why we have made good progress in the development of a policy in other areas. If we can begin that dialogue here too, instead of saying we are not prepared to talk to you, then I think we can make much better progress.

Ms Langan (Mission—Coquitlam): Mr. Minister, in earlier discussion with my colleague you referred to HIV as being fatal and that the clock is ticking away.

Mr. Beatty: I am sorry, AIDS is.

Ms Langan: I received a letter today from a constituent whose son has been diagnosed with the HIV virus from contaminated blood products. This young person is a haemophiliac. His father is on a disability pension. His mother, whose health is failing, is able to work only part-time. I would like to ask you the question she has asked me in the letter. She asks what relief plan is your department putting together for HIV-infected persons?

M. Beatty: Je suis un peu déçu de vous voir adopter cette approche. J'espérais que votre réaction serait qu'il ne fallait pas oublier tous ces autres cas ni les laisser de côté pendant 25 ans. . .

M. Fontana: Je n'ai pas dit cela.

M. Beatty: . . . et qu'il faudra un temps infini pour élaborer une politique. Votre approche aurait dû être qu'il faut d'abord s'assurer que tout le monde sera traité équitablement et qu'il faut le faire au moment voulu. C'est sûrement là ce que. . .

M. Fontana: Mais c'est vous, le gouvernement, monsieur le ministre.

M. Beatty: Exactement. Et telle est mon obligation: faire en sorte que tous les groupes soient traités équitablement et faire en sorte que nous élaborions des principes qui s'appliqueront équitablement à tous, de sorte que nous n'aboutirons pas à une situation où vous ou moi ou n'importe qui peut opposer des groupes les uns aux autres. Veillons à ce que tous les groupes soient traités équitablement, à ce que les principes soient bien établis, diffusés dans le grand public, pour que chacun sache que ces principes le touchent et qu'ils seront appliqués avec équité. C'est sûrement là la seule façon honorable d'élaborer une politique de ce genre.

Bien loin de m'attendre à ce qu'il faille 25 ans pour agir de la sorte, je considère que c'est une question assez pressante. Nous devons nous rencontrer. Voilà pourquoi j'ai écrit à M. Chadderton. Je lui ai demandé d'être disposé à nous rencontrer pour que nous discussions de cette affaire exactement de la même manière que les autres groupes l'ont fait, avec beaucoup de succès. C'est pourquoi nous avons fait des progrès marqués dans l'élaboration d'une politique dans les autres secteurs. Si nous pouvons aussi commencer ce dialogue dans le cas présent, au lieu de nous dire que nous ne sommes pas prêts à nous parler, je crois que nos progrès seront beaucoup plus rapides.

Mme Langan (Mission—Coquitlam): Monsieur le ministre, dans votre entretien avec mon collègue, vous avez dit que le VIH était fatal et que les secondes étaient comptées.

M. Beatty: Pardon, c'est le SIDA.

Mme Langan: J'ai reçu aujourd'hui une lettre d'un commettant dont le fils a été déclaré porteur du virus, qu'il aurait contracté à partir de produits sanguins contaminés. Ce jeune homme est hémophile. Son père reçoit une pension d'invalidité. La mère, dont la santé fléchit, ne peut travailler qu'à temps partiel. J'aimerais vous poser la question qu'elle me pose dans sa lettre. Elle veut savoir quel est le plan d'aide que votre ministère applique dans le cas de personnes qui ont été infectées par le virus du SIDA.

[Text]

They intend to continue to look after their child, who is a young adult whose dreams of getting married have been shattered by this, but they have no help with financial benefits to compensate their son. They are concerned about other haemophiliacs who are about to be diagnosed with HIV. There are tremendous extra financial costs for them, and she is most alarmed that she feels nothing really concrete is being offered. So I would like to ask you if you could answer that question for me.

Mr. Beatty: I am deeply concerned about the situation, particularly with haemophiliacs who have tested HIV positive. Let me simply clarify the distinction I was making between HIV being necessarily fatal and AIDS being fatal. We do not know at this point whether all people who test positive for HIV infection will in fact die as a result of the infection. The likelihood is that if they are left untreated this will be the result. With cases where one develops a full-fledged case of AIDS, you are seeing the development of the disease into its final stages. Our goal in that case has to be to try to deal with the symptoms, to try to fend off infections and other problems that develop, to give us the time to be able to find some sort of cure.

One of the points made by people within the community themselves is that we do not know for sure whether in all cases those people who become infected will die as a result of this. Our hope is that they will not. Suffice it to say, though, that this is a disease that has taken too many lives in Canada already and that has threatened too many other lives. We have in Canada probably over 900 haemophiliacs who became infected with the disease as a result of blood products. Other people have contracted the disease as a result of transfusions.

• 1620

Ms Langan: I do not want to interrupt you, except to say that I have asked a very specific question, and most of us have the information you are now giving us.

Mr. Beatty: Good.

Ms Langan: I would ask if you could answer the specific question.

Mr. Beatty: The answer, as I indicated to your colleague earlier, is that we are in the middle of discussions with the Canadian Hemophilia Society, and they have gone exceptionally well. Indeed, they were the very first group I met with upon becoming minister. We are looking at developing a program which will provide assistance to people who have made application to us, in this particular case of AIDS, for catastrophic relief to ensure that all groups are fairly dealt with.

[Translation]

Le couple a l'intention de continuer à s'occuper de son enfant, qui est un jeune adulte qui vient de voir s'évanouir son rêve d'un mariage, mais ils ne reçoivent aucune prestation financière comme mesure de compensation pour la maladie de leur fils. Ils sont inquiets pour les autres hémophiles qui pourront être bientôt déclarés porteurs du virus. Les frais additionnels qu'ils doivent subir sont élevés et ils s'inquiètent énormément de ce que rien de concret ne leur soit encore offert. Je vous demande donc de répondre à cette question pour moi.

M. Beatty: Je trouve cette situation préoccupante, particulièrement dans le cas des hémophiles qui se sont révélés porteurs du virus de l'immunodéficience humaine. J'aimerais rappeler la distinction que j'ai déjà faite: le virus n'est pas nécessairement fatal alors que le SIDA l'est. Nous ne savons pas encore si toutes les personnes qui sont porteuses du virus mourront effectivement à la suite d'une infection. Il est probable que tel sera le cas si ces personnes ne sont pas traitées. Lorsque quelqu'un est véritablement atteint du SIDA, la maladie se développe jusqu'à ses dernières étapes. Notre but est alors de traiter les symptômes, d'empêcher les infections et les autres problèmes de se présenter, nous voulons nous donner le temps de trouver un moyen de guérison.

Un des faits que nous signalent les membres du groupe eux-mêmes, c'est que nous ne savons pas exactement si, dans tous les cas, les personnes atteintes mourront des suites de la maladie. Nous espérons que tel ne sera pas le cas. Qu'il suffise de dire, cependant, que cette maladie a déjà coûté trop de vies au Canada et qu'elle menace trop d'autres vies. Nous avons au Canada sans doute plus de 900 hémophiles qui ont contracté la maladie en utilisant des produits sanguins. D'autres ont contracté la maladie à la suite de transfusions.

Mme Langan: Je ne veux pas vous interrompre, sauf pour dire que j'ai posé une question très précise et que la plupart d'entre nous ont l'information que vous nous donnez maintenant.

M. Beatty: Très bien.

Mme Langan: Pourriez-vous répondre à la question précise que j'ai posée?

M. Beatty: La réponse, comme je l'ai indiqué plus tôt à votre collègue, est que nous avons présentement des discussions avec la Société canadienne de l'hémophilie et que ces discussions se déroulent extrêmement bien. En fait, la Société est le premier groupe que j'ai rencontré après être devenu ministre de la Santé. Nous envisageons l'élaboration d'un programme d'aide aux personnes qui en ont fait la demande, dans ce cas-ci pour le SIDA, relativement à des événements catastrophiques, de façon à faire en sorte que tous les groupes bénéficient d'un traitement équitable.

[Texte]

You may have seen the most recent bulletin that was sent out by the Canadian Hemophilia Society, where they brought you up to date on that and stressed that they felt good progress had been made and there is a good dialogue. So I can give you the assurance that we assign a high priority to it, and I hope you will give that assurance to your constituent.

Ms Langan: I would like to also take the liberty of forwarding her letter to you.

Mr. Beatty: I would gladly receive it.

Ms Langan: Mr. Minister, I want to thank you for tabling the report on the Gander Arrow Air air crash. I would like to refer you to page one of the introduction, where it is explained that two groups who were present at Gander immediately after the crash were excluded from this study. One group is the DND personnel who are to be investigated by DND itself. Will you be undertaking to have that report, if any, brought to this committee? The second group is the Canadian Aviation Safety Board personnel. They are to be examined by the study team. Is it the same study team that did this report? Finally, have you undertaken to have the recommendations of this study passed on to the Minister of Transport, so they may be included in the new Transportation Accident Investigation Board that will be replacing CASB?

Mr. Beatty: We have passed on the recommendations of the study to all my colleagues, and also to the Government of Newfoundland and Labrador. Perhaps I could ask Mr. Nicholson to respond with regard to the other questions you have raised.

Mr. J.D. Nicholson (Assistant Deputy Minister, Medical Services, Department of National Health and Welfare): With regard to those who were involved in the study, it was just the personnel who were involved in the clean-up at the crash site.

Ms Langan: I understand that. It is my understanding that DND personnel are to be investigated by DND. Will we be getting that report? The Canadian Aviation Safety Board personnel are to be examined by the study team, whoever that is.

Mr. C. Edwin Tupper (Director General, Public Service Health, Medical Services Branch, Department of National Health and Welfare): The Department of National Defence were consulted from the beginning, and they have their own internal medical department. They are awaiting the results of this report, which has already been shared with them, to review what they need to do

[Traduction]

Vous avez peut-être pris connaissance du dernier bulletin publié par la Société canadienne de l'hémophilie, dans lequel celle-ci fait le point sur la situation et souligne que, selon elle, des progrès sensibles ont été accomplis et que le dialogue est positif. Par conséquent, je peux vous donner l'assurance que nous accordons une grande priorité à cette question, et j'espère que vous transmettez cette assurance à votre électeur.

Mme Langan: J'aimerais aussi prendre la liberté de vous transmettre sa lettre.

M. Beatty: Je serais heureux d'en prendre connaissance.

Mme Langan: Monsieur le ministre, je veux vous remercier d'avoir déposé le rapport sur la catastrophe aérienne de Gander. Je voudrais me reporter à la page 1 de l'introduction, où l'on dit que deux groupes qui étaient présents à Gander immédiatement après l'écrasement ont été exclus aux fins de l'étude. Un groupe est le personnel du MDN qui doit être interrogé par le MDN lui-même. Vous engagerez-vous à présenter ce rapport, si un rapport est publié, au Comité? Le deuxième groupe était constitué d'employés du Bureau canadien de la sécurité aérienne. Ces personnes seront interrogées par le groupe d'enquêteurs. S'agit-il du même groupe d'enquêteurs qui a rédigé le rapport? Enfin, vous êtes-vous engagé à communiquer les recommandations de l'étude au ministre des Transports, de façon à ce qu'elles puissent être prises en considération par le nouveau Bureau d'enquête sur les accidents de transport qui remplacera le BCSA?

M. Beatty: Nous avons transmis les recommandations de l'étude à tous mes collègues, ainsi qu'au gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador. Je demanderais ici à M. Nicholson de répondre aux autres questions que vous avez soulevées.

M. J.D. Nicholson (sous-ministre adjoint, Services médicaux, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): En ce qui a trait aux personnes qui ont été interrogées aux fins de l'étude, il y a seulement eu celles qui ont participé à l'opération de nettoyage sur les lieux de l'écrasement.

Mme Langan: Je sais. Si je comprends bien, les employés du MDN doivent être interrogés par ce ministère. Obtiendrons-nous copie de leur rapport? De même, le personnel du Bureau canadien de la sécurité aérienne sera interrogé par l'équipe d'enquêteurs, bien que je n'aie aucune idée de la composition de cette équipe.

M. C. Edwin Tupper (directeur général, Santé des fonctionnaires fédéraux, Direction générale des services médicaux, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Le ministère de la Défense nationale a été consulté depuis le début et celui-ci possède son propre service médical. Le MDN attend les retombées du rapport, lequel lui a déjà été communiqué, avant de décider ce qu'il doit

[Text]

further. In the meantime they have been following up internally with their own military personnel who were at the site.

Ms Langan: Will we be getting a copy of a report they are producing? It says here that they will be investigated. Is there going to be a report, and will we get it?

Mr. Tupper: I do not know that there will be a specific report. They are going to take the results of this report and apply it to information they have obtained themselves. They will follow through medically with their own people and determine if there is anything else that needs to be done. This is a service they would be providing in any case in long-term follow-up to their own people. It is too early for us to have further consultation with them on that. As far as the second question on the Canadian Aviation Safety Board, yes, the study team has come to Ottawa and followed through with the staff of the Canadian Aviation Safety Board as indicated.

Ms Langan: Will we be getting information on that?

Mr. Beatty: If it is something that is the responsibility of another department, it would be the obligation of my colleague before his committee.

Ms Langan: We will pursue that.

I would like to ask one other question pertaining to this report. Were the other affected workers all federal government employees, and will you be keeping us advised about the implementation of the recommendations?

Mr. Beatty: We would be glad to keep you advised as to any implementation that takes place. I am sorry, which other employees?

Ms Langan: The employees that were studied.

Mr. Beatty: Were all of them affected? No, there were also some provincial employees.

Ms Langan: So we have no assurance that these recommendations will be implemented at all.

Mr. Beatty: I have indicated that we accept and will act upon any recommendation that applies to my department. We are prepared to provide any assistance we can in the conduct of doing that. In cases where someone else has jurisdiction, I cannot speak for other organizations.

• 1625

Ms Langan: I would like to remind the minister of two promises he made at his last meeting with us. He agreed to supply the committee with a recent program evaluation that found the family allowance benefits currently provide about 25% of the cost of raising a child, and he also

[Translation]

faire. Dans l'intervalle, le MDN assure un suivi interne avec son personnel militaire qui se trouvait sur place.

Mme Langan: Obtiendrons-nous un exemplaire du rapport qu'ils sont en train de rédiger? On dit ici qu'ils feront l'objet d'une enquête. Un rapport sera-t-il publié et en obtiendrons-nous copie?

M. Tupper: Je ne sais pas si un rapport précis sera publié. Le MDN se servira des données renfermées dans notre rapport et les appliquera aux renseignements qu'il aura lui-même obtenus. Il assurera un suivi médical auprès de son personnel et décidera s'il y a lieu de prendre d'autres mesures. Il s'agit là d'un service qu'il fournirait de toute façon dans le cadre d'un suivi à long terme à l'égard de ses employés. Il serait prématuré pour nous d'avoir d'autres consultations avec le MDN à ce sujet. En ce qui a trait à la deuxième question concernant le Bureau canadien de la sécurité aérienne, la réponse est oui, le groupe d'enquête est venu à Ottawa et a effectivement rencontré les employés du Bureau, tel qu'indiqué dans le rapport.

Mme Langan: Obtiendrons-nous des renseignements à cet égard?

M. Beatty: Si ces renseignements relèvent de la compétence d'un autre ministère, mon collègue sera dans l'obligation de les communiquer au Comité.

Mme Langan: Nous poursuivrons cette question.

J'aimerais poser une autre question relativement au rapport. Les autres personnes touchées étaient-elles toutes des employés du gouvernement fédéral, et nous tiendrez-vous au courant de la mise en oeuvre des recommandations?

M. Beatty: Nous serons heureux de vous tenir informés de l'application de toute recommandation. À quelles autres personnes faites-vous allusion?

Mme Langan: Aux employés visés par l'étude.

M. Beatty: Vous voulez savoir s'ils ont tous été touchés? Non, il y avait aussi des employés du gouvernement provincial.

Mme Langan: Par conséquent, nous n'avons absolument aucune garantie que ces recommandations seront mises en oeuvre.

M. Beatty: J'ai indiqué que nous acceptons toute recommandation relevant de mon ministère et que nous y donnerons suite. Nous sommes disposés à fournir toute l'aide possible à cette fin. Je ne peux prendre d'engagement à l'égard des recommandations dont l'application relèverait d'autres organismes.

Mme Langan: J'aimerais rappeler au ministre deux promesses faites lors de sa comparution devant le Comité. Il avait alors accepté de transmettre au Comité une récente évaluation de programme selon laquelle les allocations familiales couvrent actuellement environ 25 p.

[Texte]

agreed to provide ongoing information regarding a national breast cancer screening program.

Dr. Law: There is a response on its way to you clarifying the numbers.

Mr. Cole (York—Simcoe): Perrin, I would just like to ask you a couple of questions with regard to future health care in this country as it relates to future health care costs. I think we have all seen what is happening at the provincial level with actual health care costs and what is happening with regards to hospital stays, as opposed to people staying in nursing homes or people staying at home. We have seen the differences in costs or purported costs in community health organizations, as opposed to your standard type of health clinics.

What does your department propose from a national perspective to control these health costs? Are you looking at capping, as is being looked at in the U.K.? Are you looking at more community health organizations? In the U.K. I think they are having some problems with them as they relate to the overall health-care system. I would just like to know where you feel health care is going in this country, because I think we are in for some drastic changes over the next 10 years.

Mr. Beatty: We have to fund health care, but the delivery of services is the constitutional responsibility of the provinces. We do have continuing meetings of officials, and periodically of ministers of provinces, to raise a whole range of issues. Obviously we are concerned about the effect of escalating health costs on the federal government's resources.

No, we are not currently looking at capping. The provinces are looking themselves at a number of different initiatives each one could undertake in order to contain health-care costs.

We are studying a couple of areas in which the provinces have felt a federal initiative might be useful. We are looking at assessing new technologies and ensuring that information developed about new technologies is made widely available to the provinces.

The second request made from time to time is for an innovations initiatives fund, which might provide some financial assistance to provinces to look for imaginative new ways of providing services in a cost-effective way, and that is another proposal we are studying.

Mr. Cole: I realize that delivery is a function of the province, but I think that we certainly have to play a major role in this, when the funds are coming from the federal government, and when we require that the services to be available in each province equally or available to anyone travelling.

My concern is that we do not end up making some of the mistakes that have been made in other countries with

[Traduction]

100 de ce qu'il en coûte pour élever un enfant et de nous communiquer, de façon continue, de l'information sur un programme national de dépistage du cancer du sein.

Dr Law: Une réponse qui jette plus de lumière sur les chiffres cités est en route.

M. Cole (York—Simcoe): J'aimerais simplement vous poser quelques questions, Perrin, concernant l'évolution du coût des soins de santé à l'avenir. Je crois que nous savons tous ce qui se passe au sujet des coûts effectifs des soins de santé à l'échelle provinciale et à l'égard des séjours à l'hôpital, par opposition aux séjours dans les maisons de convalescence ou à la maison. Nous avons vu les différences entre les coûts, réels ou prétendus, des organisations de santé communautaire, par opposition à ceux des cliniques courantes.

Que propose votre ministère, dans une perspective nationale, pour contenir ces frais de santé? Avez-vous songé au plafonnement, comme le fait le Royaume-Uni? Envisagez-vous de multiplier les organisations de soins communautaires? Je crois que celles-ci posent quelques problèmes au Royaume-Uni dans le contexte global du système de soins de santé. J'aimerais tout simplement savoir quel est votre sentiment concernant l'orientation que prennent les soins de santé dans ce pays, car il me semble que des changements radicaux vont se produire au cours des dix prochaines années.

M. Beatty: Nous devons financer les soins de santé, mais en vertu de la Constitution, il incombe aux provinces de fournir les services. Nous discutons d'une grande gamme de questions lors de réunions constantes au niveau des fonctionnaires et de réunions périodiques avec les ministres des provinces. Il va de soi que l'incidence sur les ressources du gouvernement fédéral de l'escalade des frais de santé nous préoccupe.

Non, nous ne songeons pas pour l'instant au plafonnement. Les provinces elles-mêmes étudient différentes initiatives que chacune pourrait prendre pour restreindre le coût des soins de santé.

Nous étudions quelques aspects où les provinces estiment qu'une initiative fédérale pourrait être utile. Nous envisageons d'évaluer de nouvelles technologies et de faire en sorte que l'information produite sur celles-ci soit diffusée rapidement aux provinces.

Un fond de financement des innovations, pour assurer de l'aide financière aux provinces en vue d'étudier de nouvelles façons économiques de fournir les services, est une autre chose qu'on nous demande de temps en temps. C'est à l'étude.

M. Cole: Même s'il incombe aux provinces de fournir les services, nous avons sûrement un rôle majeur à jouer à ce sujet puisque les fonds viennent du gouvernement fédéral et que nous exigeons que chaque province fournisse des services d'une qualité égale et soigne toutes les personnes en voyage.

Je voudrais éviter que nous ne fassions les mêmes erreurs qui se sont produites dans d'autres pays dont nous

[Text]

systems that really we are modelled after. I am referring to the U.K. system and some of the problems there, because it seems to me that is the direction some of the provinces are leaning in, and it concerns me greatly.

• 1630

Mr. Beatty: It is a tough balancing act that one is engaged in when you get into the whole field of health care, because it is an area where it is exceptionally expensive in terms of federal transfers to the provinces, where clearly there are national concerns which are spelled out in the Canada Health Act, but at the same time where constitutionally the provision of service is the responsibility of the provinces. You try to strike the balance between ensuring that national standards and national concerns are met, while still respecting the constitutional authority of the provinces.

Where we have clearly taken a decision already is that with some of our funds they are most cost-effectively used in trying to head off disease or trying to head off accidents instead of spending the money on acute treatment. What has been somewhat heartening is to find that increasingly this is a theme one hears from the provinces as well: that we can have a dramatic effect upon health costs in Canada if we are successful in affecting lifestyles and ensuring that we prevent disease and prevent accidents instead of just responding after they occur.

In addition to that, good consultation takes place between us and the provinces. Dr. Law certainly meets with her colleagues, and meetings take place at the officials level across the board.

I think we are all struggling to look for ways that respect the integrity of the system, ensure that what I think is the best health care system in the world is maintained in the future, and which is imaginative in terms of ensuring that the system is still affordable for us.

Mr. Cole: Following up with that, in the budget, the amount of funding for fitness... I believe it is \$9 million—I do not have a figure in front of me here now, but I believe that is the figure. Is this an area you see expanding over the next period of time—obviously not this year, but over the next few years—to increase the health of Canadians in general by providing more active fitness programs, something like Partipation Week, where it is on an ongoing basis, as opposed to the limited amount there is now?

Mr. Beatty: Dr. Cole, I think this is an area in which it is attractive to look at making improvements with Canadians. I just do not want to poach in on the turf of the Minister of Fitness and Amateur Sport, in that he has the responsibility for those programs. Clearly the emphasis he was putting upon this at Canada Fit Week and at other times was the stress that sports and recreation

[Translation]

avons pris les systèmes pour modèles. Je pense au système britannique et à certains des problèmes que le Royaume-Uni éprouve, car j'ai l'impression que certaines provinces penchent dans cette direction, ce qui me préoccupe grandement.

M. Beatty: Nous sommes toujours un peu sur la corde raide dans le vaste domaine des soins de santé, car en plus d'être un domaine particulièrement coûteux sur le plan des transferts fédéraux aux provinces et un domaine où des préoccupations nationales sont énoncées clairement dans la Loi canadienne sur la santé, c'est un domaine où la Constitution donne aux provinces la responsabilité de fournir les services. Il faut donc tenter de maintenir un équilibre entre, d'une part, le respect de la compétence constitutionnelle des provinces et, d'autre part, la nécessité de faire respecter les normes nationales et de répondre aux préoccupations nationales.

Un des aspects sur lesquels il est clair qu'une décision a déjà été prise c'est qu'il est plus rentable de consacrer une partie de nos fonds à tenter d'éviter les maladies ou les accidents que de traiter des maladies ou des blessures graves. Il est plutôt encourageant de constater que les provinces reprennent aussi ce refrain, à savoir qu'il est possible de réduire fortement les frais médicaux au Canada si nous parvenons à modifier les modes de vie et à prévenir les maladies et accidents au lieu de les soigner seulement après coup.

Il existe d'autre part un bon processus de consultation entre nous et les provinces. Le docteur Law rencontre certainement ses collègues, et des réunions se tiennent au niveau des fonctionnaires dans tous les domaines.

Nous nous efforçons, je crois, de trouver des moyens qui respectent l'intégrité du système, qui assurent la pérennité de ce que je considère comme le meilleur système de soins de santé au monde, et qui font en sorte, à coups d'imagination, que le coût du système demeure raisonnable.

M. Cole: Dans ce même ordre d'idées, ce qui est prévu au budget pour la condition physique... Je crois que c'est 9 millions de dollars—je n'ai pas les chiffres devant moi, mais je crois que ce montant est exact. Est-ce un domaine où vous prévoyez de l'expansion à l'avenir—évidemment pas cette année, mais au cours des prochaines années—pour améliorer l'état de santé des Canadiens en général en leur offrant plus de programmes de condition physique, quelque chose comme la semaine de ParticipAction, qui est un programme permanent, par opposition aux sommes limitées consenties actuellement?

M. Beatty: Je crois que c'est un domaine, docteur Cole, où il est intéressant de chercher à apporter des améliorations. Je ne veux cependant pas marcher sur les plates-bandes du ministre de la Condition physique et du Sport amateur, auquel la responsabilité de ces programmes incombe. Il est clair que ce sur quoi il a voulu mettre l'accent lors de la semaine «Canada en

[Texte]

fitness is not something that is just reserved for the stars, it is something from which every Canadian can benefit.

Somebody made a comment that I thought was particularly apt; he said if something was worth doing, it was worth doing badly. What he meant is that it is not just the people who break the ribbon who are the ones who should be getting our attention, but all Canadians, in that we should be seeing fitness as a goal in itself rather than simply a means to an end.

Certainly there is no question that the promotion of fitness can help to reduce our costs; there is not the slightest doubt about it. Fitness, nutrition and lifestyles are all very closely linked, and in all of those areas I think there is more we can be doing to ensure that the health of Canadians is enhanced.

Mr. Cole: I intend to be asking the Minister of State that tomorrow, because I believe he will be here. But you brought it up in saying you are prepared to put up more money to avoid disease, and I was just following up with it in that light.

Mr. Beatty: Yes, gladly. Leave it to him to respond, though, in his area. Suffice it to say that you will be dealing with somebody who believes very deeply in it. He is a very strong promoter of fitness.

Mrs. Clancy (Halifax): Mr. Minister, I have a couple of questions. Perhaps you can help solve a mystery.

Mr. Beatty: Gladly.

Mrs. Clancy: Oh, I hope so. My staff and I have combed through the estimates for Health and Welfare, for the Privy Council Office, for Status of Women—indeed, all of the estimates—and we have been unable to find an allocation of funds for the proposed Royal Commission on Reproductive Technologies. I am wondering if you might (a) tell us where the money is coming from; (b) when we might expect it; and (c) hungry for information as we are, any other information regarding the royal commission. Your colleague, Mrs. McDougall, told me not to worry, be happy, it is coming, but I thought I might get something a little more specific from you.

Mr. Beatty: I am going to be somewhat limited, Mrs. Clancy, in what I can say, in that the budget comes from the Privy Council Office, the reason being—

Mrs. Clancy: It is not in there, though. It is not in their estimates either.

[Traduction]

forme» et à d'autres occasions c'est que les sports et les activités récréatives qui contribuent à la forme physique ne sont pas réservés uniquement aux vedettes, mais une chose dont tous les Canadiens peuvent profiter.

Quelqu'un a fait une remarque que j'ai trouvée particulièrement pertinente en disant que si une chose vaut la peine d'être faite, il vaut la peine de la mal faire. Ce que cette personne voulait dire c'est que nous ne devons pas prêter attention uniquement aux gens qui remportent les courses mais à tous les Canadiens, en ce sens que nous devrions considérer la forme physique comme un objectif en soi plutôt que comme un moyen simplement de parvenir à une fin.

Il ne fait certainement aucun doute que la promotion de la condition physique peut aider à réduire nos frais; cela ne fait pas le moindre doute. Il existe des liens très étroits entre la condition physique, la nutrition et les modes de vie, et j'estime que nous pouvons, dans chacun de ces domaines, faire davantage pour améliorer l'état de santé des Canadiens.

M. Cole: Je me propose de poser la question au ministre d'État demain, car je crois qu'il sera avec nous. Mais vous avez abordé le sujet en disant que vous étiez prêt à dépenser plus d'argent pour éviter la maladie, et j'ai voulu poursuivre la question dans cette optique.

M. Beatty: Oui, volontiers. Laissez-lui toutefois le soin de répondre de son point de vue. Je me bornerai à dire que vous aurez affaire à quelqu'un qui y croit profondément. C'est un partisan sans réserve de la condition physique.

Mme Clancy (Halifax): J'aurais quelques questions, monsieur le ministre. Peut-être pouvez-vous m'aider à éclaircir un mystère.

M. Beatty: Volontiers.

Mme Clancy: Je l'espère bien. Avec l'aide de mon personnel, j'ai parcouru les prévisions budgétaires de Santé nationale et Bien-être social, du Bureau du Conseil privé, de Condition féminine—en fait, toutes les prévisions—et nous n'avons pu trouver une affectation de fonds pour la Commission d'enquête sur les technologies de la procréation qui est envisagée. Je me demande si vous pourriez a) nous dire d'où l'argent doit venir; b) nous donner une idée de la date à laquelle l'enquête commencera; et c) affamés d'information comme nous le sommes, nous fournir d'autres informations concernant la commission. Votre collègue, M^{me} McDougall, m'a dit de ne pas m'inquiéter, de me réjouir à l'idée que ça vient, mais je pensais que vous pourriez peut-être avoir des renseignements un peu plus précis.

M. Beatty: Ce que je peux vous dire, madame Clancy, sera assez limité, en ce sens que le budget vient du Bureau du Conseil privé parce que. . .

Mme Clancy: Les crédits ne s'y trouvent pas, cependant. Ils ne figurent pas dans leurs prévisions non plus.

[Text]

Mr. Beatty: But it is the responsibility of the Privy Council Office. I do not know whether a supplementary estimate is required for it or whether it is included there now.

Mrs. Clancy: It is not there now.

Mr. Beatty: But suffice it to say that it does not come out of Health and Welfare. Because it is a royal commission, it is a machinery of government issue, and the Prime Minister is the one who will determine the mandate and the membership.

• 1635

We have been meeting particularly with women's groups who very strongly urge the creation of the royal commission in order to get suggestions from them with regard to mandate. I think our inclination is to cast the mandate in very broad terms and to give to the royal commission scope to take a look at a broad range of issues.

Secondly, we want to ensure that the membership of the royal commission includes an outstanding group of people. In my view, this could be the single most important initiative taken by this government, if the results of this are as profound as I think they can be.

We are moving into a whole area that is uncharted at the present time in terms of morality, the law, economics, medicine and so on. As a consequence, I want to ensure that the mandate is well constructed and that the quality of the people who serve on the royal commission is second to none. We are asking people to make sacrifices to serve on the royal commission because it is such an outstanding opportunity to make a contribution to Canada.

I do not want to scoop the Prime Minister in terms of names or in terms of the mandate as such. I think he shares the sense of urgency in terms of having it move ahead and would like to see it happen soon.

Mrs. Clancy: Just to follow up on the question of the royal commission, I realize that you have said you do not want to scoop the Prime Minister on the mandate of the commission, but can you tell us whether or not abortion will be a part of that mandate?

Mr. Beatty: Again, it is the Prime Minister's area of responsibility, but the government has indicated already that what we do or do not do on abortion will be quite independent of what happens with the royal commission.

In my view, it would be wrong to say that we are now deferring the issue of abortion and announcing a government position on it until after the royal commission has had a chance to do its work. Otherwise, you would see things simply being put on hold for the next however long it takes the royal commission to do its work. I think in the case of the Macdonald royal commission, it took two or three years. We have said we

[Translation]

M. Beatty: Mais c'est la responsabilité du Bureau du Conseil privé. Je ne sais pas s'il faudra faire approuver un budget des dépenses supplémentaire ou si les fonds s'y trouvaient déjà.

Mme Clancy: Ils n'y sont pas.

M. Beatty: Cela n'émarge pas en tout cas au budget de la Santé nationale et du Bien-être social. Parce que c'est une commission royale, c'est un mécanisme gouvernemental et c'est donc le premier ministre qui établira son mandat et sa composition.

Nous avons rencontré en particulier des groupes de femmes qui demandent instamment la création d'une commission royale et qui voudraient présenter des propositions pour ce qui est de son mandat. Nous sommes enclins à lui confier un mandat très vaste et à permettre à la commission royale d'examiner une vaste gamme de sujets.

Deuxièmement, nous voulons nous assurer que les membres de la commission royale compteront des gens exceptionnels. À mon avis, il pourrait s'agir de la plus importante initiative du gouvernement parce que je pense que ses résultats pourraient être extrêmement profonds et fondamentaux.

Nous nous aventurons dans un domaine inexploré, en ce qui concerne la morale, la loi, le plan économique, la médecine, etc. Par conséquent, je veux m'assurer que le mandat est bien conçu et que les personnes qui siégeront à cette commission royale ne le céderont à personne. Nous demandons aux personnes qui en feront partie de faire des sacrifices parce que c'est une occasion exceptionnelle de faire une importante contribution Canada.

Je ne voudrais pas devancer le premier ministre en citant des noms ou en précisant le mandat. Je pense qu'il reconnaît l'urgence de la situation et qu'il aimerait que la commission soit créée le plus tôt possible.

Mme Clancy: À ce sujet, je comprends que vous ne vouliez pas devancer le premier ministre en ce qui concerne le mandat de la commission, mais pourriez-vous nous dire si la commission devra se pencher ou non sur la question de l'avortement?

M. Beatty: Une fois de plus, c'est le domaine de responsabilité du premier ministre, mais le gouvernement a déjà signalé que les décisions qu'il prendra ou qu'il ne prendra pas à ce sujet ne lui seront pas dictées par la commission royale.

À mon avis, on aurait tort de dire que nous essayons de retarder le moment de prendre une décision au sujet de l'avortement et que nous attendons les conclusions de la commission royale. Autrement, la question serait tout simplement mise de côté jusqu'à ce que la commission ait terminé son travail. Dans le cas de la commission royale Macdonald, il a fallu compter deux ou trois ans. Nous avons dit que nous jugeons que les deux questions sont

[Texte]

see the issues as being separate, although obviously there is some relationship between the two. We would take a decision with regard to abortion independently.

It would also be unfortunate, I think, if we found that the royal commission became mired in the abortion issue and was not able to deal with the tremendously challenging moral, legal and scientific issues that are much broader in the whole area of reproductive technologies.

I think that in the case of abortion most of the information that one needs to take a decision is there. The moral issues are well known. The medical issues are well known. There is a very good statistical data base. My experience has been that not a great number of opinions change as a result of debate on it.

In the case of the other areas the royal commission will be looking at, we are moving into an area where there has not been broad public debate or examination. There is a good deal of new information that can be generated and a good number of issues that we have to wrestle with, which we have not in the past. This is one of the reasons I think that the two issues should be kept quite separate from one another, if it is possible.

Mrs. Clancy: Mr. Minister, I was not present at your last appearance before the committee, but I believe you stated there was \$37.6 million in funding for a national AIDS program. Am I correct on those figures?

Mr. Beatty: No. Depending on what you are referring to, the figure I would have used would have been for the five-year program. In 1989-90 the program is \$37.654 million, and it is \$168 million over five years.

• 1640

Mrs. Clancy: I realize that the \$37.6 million was for the current fiscal year—

Mr. Beatty: Yes.

Mrs. Clancy: —but I wonder if the breakdown that you are going to provide me with—thus far in our figures we can only come up with \$30.8 million.

Mr. Beatty: The breakdown can be found as follows; and I am not sure the data I have here is useful to you. You are welcome to the material that I have and we will get you a full breakdown of it.

With regard to the five-year program, I can tell you that right now. It is \$168 million over 5 years, which includes information and public education, \$48 million; scientific research, \$35 million; funding for community-based efforts and expertise, \$20 million; international

[Traduction]

distinctes, bien qu'il y ait de toute évidence certains rapports entre les deux. Nous prendrons une décision indépendante en ce qui concerne l'avortement.

Il serait également malheureux que la commission royale s'embourbe dans la question de l'avortement et qu'elle ne puisse aborder les questions morales, légales et scientifiques beaucoup plus vastes du domaine des technologies de la reproduction, lesquelles représentent un défi extraordinaire.

En ce qui concerne la question de l'avortement, je pense que tous les renseignements nécessaires à une décision sont déjà en place. Les questions d'ordre moral sont déjà bien connues. Les questions d'ordre médical également. Nous possédons une très bonne base de données statistiques. D'après mon expérience, il n'y a pas beaucoup de gens qui changent d'opinion à la suite d'un débat.

En ce qui concerne les autres domaines qu'examinera la commission royale, ils n'ont pas fait beaucoup l'objet de discussion et d'examen sur la place publique. La commission pourra diffuser beaucoup de nouveaux renseignements et s'attaquer à de nombreuses questions qui n'ont pas été étudiées à fond. C'est l'une des raisons pour lesquelles je pense que les deux questions doivent être abordées distinctement, si c'est possible.

Mme Clancy: Monsieur le ministre, je n'étais pas là la dernière fois que vous avez comparu devant le Comité, mais je pense que vous avez déclaré qu'il y avait 37,6 millions de dollars qui étaient disponibles pour un programme national sur le SIDA. Ces chiffres sont-ils exacts?

M. Beatty: Non. Je ne sais pas très bien à quoi vous faites allusion, mais les chiffres que j'ai probablement utilisés sont ceux d'un programme de cinq ans. Le programme est doté d'un budget de 37,654 millions de dollars pour 1989-1990, et de 168 millions de dollars sur cinq ans.

Mme Clancy: Je me rends bien compte que les 37,6 millions de dollars visent l'exercice courant. . .

M. Beatty: Oui.

Mme Clancy: . . . mais je me demande si la répartition que vous allez nous donner—jusqu'à présent, avec les chiffres que nous avons, nous n'arrivons qu'à 30,8 millions de dollars.

M. Beatty: La répartition est la suivante; je ne sais pas si les données que j'ai ici vous sont utiles. Si vous le voulez, je vous donnerai les documents que j'ai et nous obtiendrons la répartition complète des sommes.

En ce qui concerne le programme quinquennal, je peux vous informer tout de suite. Il s'agit d'une somme de 168 millions de dollars sur cinq ans, ce qui comprend 48 millions pour l'information et l'éducation publiques, 35 millions pour la recherche scientifique, 20 millions pour

[Text]

activities, \$6 million; and surveillance of the spread of AIDS in Canada.

Mrs. Clancy: I did not hear the last one.

Mr. Beatty: I am sorry?

Mrs. Clancy: The last one, international something, I missed that.

Mr. Beatty: International activities, \$6 million, and surveillance of the spread of AIDS in Canada. The government also contributed \$1.6 million in support of the Fifth International Conference on AIDS, that is from Health and Welfare plus—I believe it was \$2 million, unless I am mistaken, contributed by CIDA to assist delegates in attending.

I have the full breakdown here for you. My staff have given me a figure of \$36.15 million, which does not jibe with the other one I gave you. Let us reconcile that and get it to you. I would be pleased to give you the data that we have here, though, in the meantime. We can get you a reconciliation.

Mrs. Clancy: That will be fine.

Mr. Wilbee (Delta): Welcome back, Mr. Minister. The area of palliative care has not been discussed. As our population is aging, we are not dying from infection. We are going to die from cancer and liver failure, and AIDS also requires a great deal of palliative care. What is the federal government doing in the field of palliative care? What leadership are they taking, and is there funding that is being put into this area?

Mr. Beatty: Perhaps I could ask my deputy to respond to you, Dr. Wilbee.

Dr. Law: The provision of palliative care services is really a provincial responsibility, with the assistance of course of the federal financial contributions. In addition to that, we are funding I think some research in the palliative care area, and an evaluation of palliative care services has been done. I would have to check, but I think we may also have done some work on standards for palliative care.

Mr. Wilbee: That is just one of the areas I am interested in. Reproductive technology of course is of interest to all of us, but we have also been talking about a national AIDS policy or strategy.

Mr. Beatty: Strategy, yes.

Mr. Wilbee: Can you thumbnail that for us?

Mr. Beatty: Yes, I would be pleased to. There has been an element of confusion, both in the questions that have been asked in the House and in some of the news reports, as to whether or not there is a federal government policy on AIDS. Yes, there is, and it has developed over the course of the time that we have been fighting the disease. Indeed, we issued the guidelines for the federal

[Translation]

le financement d'activités locales, 6 millions pour les activités internationales, et le contrôle de l'épidémie du SIDA au Canada.

Mme Clancy: Je n'ai pas entendu le dernier chiffre.

M. Beatty: Pardon?

Mme Clancy: La dernière mention, pour les activités internationales je pense, je n'ai pas compris.

M. Beatty: Pour les activités internationales, 6 millions de dollars, et le contrôle de l'épidémie de SIDA au Canada. Le gouvernement a également versé 1,6 million de dollars à l'appui de la Cinquième conférence internationale sur le SIDA, somme qui provenait de Santé et Bien-être plus—je crois 2 millions de dollars—à moins que je ne me trompe, versés par l'ACDI à l'appui des délégués à la conférence.

Je peux vous donner la ventilation complète. Mon personnel m'a donné un chiffre de 36,15 millions de dollars, qui ne correspond pas avec l'autre que je vous ai donné. Nous allons revoir nos chiffres et vous les faire parvenir. Dans l'intervalle, je serai heureux de vous donner les données que nous avons en main. Nous vous obtiendrons plus tard un rapprochement de ces chiffres.

Mme Clancy: Ce sera très bien.

M. Wilbee (Delta): Bienvenue de nouveau, monsieur le ministre. Nous n'avons pas parlé du secteur des soins palliatifs. Notre population vieillit, et l'infection ne fait pas de ravages. Nous allons mourir de cancer, de maladies de foie, mais le SIDA lui aussi exige beaucoup de soins palliatifs. Qu'est-ce que le gouvernement fédéral fait dans le domaine des soins palliatifs? Quelles initiatives sont prises, et consacre-t-on des fonds à ce secteur?

M. Beatty: Monsieur Wilbee, je pourrais peut-être demander à mon sous-ministre de vous répondre.

Dr. Law: La prestation de soins palliatifs relève en fait de la compétence des provinces, avec l'aide, bien sûr, des contributions financières du gouvernement fédéral. En outre, je crois que nous finançons certaines recherches dans le domaine des soins palliatifs et on a fait une étude des services de soins palliatifs. Il faudrait que je vérifie, mais je pense que nous avons aussi fait certains travaux sur les normes des soins palliatifs.

M. Wilbee: Ce n'est là qu'un des domaines auxquels je m'intéresse. Nous nous intéressons tous, bien sûr, aux nouvelles techniques de reproduction, et nous avons également discuté d'une politique ou d'une stratégie nationale sur le SIDA.

M. Beatty: D'une stratégie, oui.

M. Wilbee: Pouvez-vous nous en parler?

M. Beatty: Oui, je serais heureux de le faire. Les questions qui sont posées à la Chambre, de même que certains articles de journaux, témoignent d'un certain malentendu sur la question de savoir s'il existe ou non une politique fédérale sur le SIDA. Il y en a effectivement une, laquelle a été élaborée depuis que nous avons commencé à lutter contre cette maladie. En fait, nous

[Texte]

government this spring, which tried to integrate all of that and bring it together.

My concern, though, is that you have several different solitudes operating on the issue of AIDS. You have many community organizations, non-governmental organizations, researchers and so on who have their own policies or approaches. Each of the provinces has developed its own particular policies on AIDS and the federal government also has a policy on AIDS.

What is clear is that this is a disease which is threatening growing numbers of Canadians. Perhaps as many as 50,000 Canadians have been infected with the virus. There will never be enough money or enough manpower to go around to deal with this issue. So it is important that we not overlap or duplicate effort or work at cross-purposes with one another.

• 1645

What I would like to see happen is for the federal government to show leadership in bringing people together, saying we each have a role to play in the system, so how do we maximize the bang for the buck in the spending we make on AIDS? How do we ensure we complement each other's efforts and when we come to education we are not working at cross-purposes to one another; that research is not duplicated and in providing services we do so in a way that is as efficacious as possible?

In many instances, for example, community groups can provide services, and often education, much more effectively than can government agencies. Perhaps in some of those cases our role should be to help to fund it and have those agencies deliver it. In other cases I think there is an important role the federal government can play in providing leadership on the whole AIDS issue. For example, I am in the process of writing to major employers' groups across the country to encourage them to follow the example that has now been set by the federal government in dealing with employees who have AIDS. The Canadian AIDS Society conducted a survey that showed the vast majority of businesses in Canada today do not have policies on AIDS in the workplace. We would like to encourage that to be done. The federal government has a role in encouraging that.

What I would see taking place would be this. First of all, next month there will be meetings with the provinces in which we will be proposing to them a collective strategy, a truly national strategy. We would hope to follow that up with regional meetings in which we would have participation from a whole range of groups and individuals who have an interest in the issue, from persons with AIDS to researchers, to care-givers, to educators, to employers, to government agencies. At the end of the day what I want to see this year, then, if at all possible, is to have all the partners sign on for a national

[Traduction]

avons publié ce printemps des directives pour le gouvernement fédéral dans lesquelles on tente d'intégrer tout ce qui a été fait jusqu'à maintenant.

Ce qui m'inquiète, cependant, c'est que plusieurs agents s'occupent séparément de la question du SIDA. Il y a une manne d'organisations locales, d'organisations non gouvernementales, de chercheurs, etc., ayant chacun leur propre politique et suivant leur propre démarche. Chacune des provinces a conçu sa propre politique sur le SIDA, et le gouvernement fédéral en a une également.

Ce qui est indubitable, c'est que cette maladie menace un nombre croissant de Canadiens. Il y a peut-être déjà 50,000 Canadiens infectés par ce virus. On n'aura jamais assez d'argent ni assez d'effectifs pour régler le problème. Il est donc important d'éviter le gaspillage par double emploi et que nous visions des objectifs incompatibles.

J'aimerais que le gouvernement fédéral prenne l'initiative de réunir les gens et de dire que nous avons tous un rôle à jouer; comment tirer le meilleur parti des sommes consacrées au SIDA? Comment s'assurer que tous les efforts sont combinés et que lorsqu'il s'agit de l'éducation, il n'y ait pas désaccord; comment s'assurer que la recherche n'est pas répétée inutilement et que la prestation des services se fait de la façon la plus efficace possible?

Dans de nombreux cas, par exemple, des groupes communautaires peuvent offrir des services, et souvent éduquer les gens, de façon beaucoup plus efficace que n'importe quel organisme gouvernemental. Dans certains de ces cas, notre rôle consisterait à en assurer le financement et à demander à ces organismes de s'en charger. Dans d'autres cas, je pense que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important et faire preuve de leadership au sujet de toute la question du SIDA. Par exemple, je suis en train d'écrire aux grands groupes d'employeurs du pays pour les encourager à suivre l'exemple donné par le gouvernement fédéral en ce qui concerne les employés victimes du SIDA. La Société canadienne du SIDA a fait une enquête qui montre que dans leur vaste majorité, les entreprises canadiennes d'aujourd'hui n'ont pas de politique sur le SIDA. Nous aimerions les encourager à en adopter. Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans ce domaine.

Voici ce qui pourrait se passer. Tout d'abord, le mois prochain, nous allons rencontrer les provinces et leur proposer une stratégie collective, une véritable stratégie nationale. Nous espérons ensuite avoir des rencontres régionales auxquelles participeront tout un éventail de groupes et de particuliers qui s'intéressent à la question, qu'il s'agisse de personnes atteintes du SIDA, de chercheurs, de dispensateurs de soins, d'éducateurs, d'employeurs, d'organismes gouvernementaux. Au bout du compte, j'aimerais, dans la mesure du possible, que tous les partenaires signent une stratégie nationale qui

[Text]

strategy that will make the fight against AIDS in Canada as effective as possible.

Mr. Wilbee: Will there be an identifiable body within your department that will administer, direct, and develop this strategy?

Mr. Beatty: I was intrigued by one of the press reports of my comments on Friday in which they said the minister said a national strategy would be developed but he would not say exactly what the details were. There is a very good reason for that: it is a national, not a federal strategy. We will have proposals to make to the other partners, but if it is to be truly consultative, then the end product should be the result of that sort of interaction.

Yes, the Federal Centre for AIDS will continue to provide leadership on that. I personally will want to be very much involved too.

Mr. Wilbee: You have this big conference in Montreal. Is there any follow-up plan to this, or is this just going to be a big bang that disappears? Is our government doing anything to carry on the work that was begun at that conference?

Mr. Beatty: Yes. I think the most important element of the conference is that it has helped to sensitize Canadians to the whole issue of AIDS and the seriousness of it. There are a number of initiatives we are looking at in the short term ourselves, including the reconstitution of NACAIDS to broaden its membership and to use it as a sounding board, and a whole range of AIDS-related issues.

On the development of a national strategy, we have published our guidelines for contributions to community organizations, so they know how to apply. We are continuing to fund research. We have received authorization from the government to do a pre-market study for an educational advertising campaign on the whole issue of AIDS.

This is one of the areas that I think are key for us. I do not think there should be just one campaign. I think we have to have a series of different ones, aimed at different target audiences. We are very fortunate that in the gay and lesbian community there is a very good organizational structure, which can be very helpful to us in getting information out about how AIDS is spread and how it is avoided. You do not have that sort of structure in place for drug users. There have to be other ways of reaching that target audience. Similarly, sexually active young people would require special attention and might have their own structures to get to them.

Another element I want to see as part of the educational campaign is what you do with people in our category, the category of most of us around this table, monogamous, married, middle-aged Canadians, who have questions about AIDS as well. What often needs to be done is to give information about how AIDS is not spread. There is a great deal of fear and misunderstanding

[Translation]

permettre de rendre la lutte contre le SIDA au Canada la plus efficace possible.

M. Wilbee: Est-il prévu au sein de votre ministère un organisme chargé de l'administration, de la direction et de l'élaboration de cette stratégie?

M. Beatty: Un article de presse au sujet de mes observations vendredi dernier m'a intrigué. Il y est indiqué en effet que le ministre aurait parlé d'une stratégie nationale sans en donner les détails exacts. La raison en est fort simple. Il s'agit d'une stratégie nationale, non fédérale. Nous aurons des propositions à faire aux autres partenaires, mais pour que le processus soit vraiment consultatif, il faut qu'il y ait interaction.

Oui, le Centre fédéral sur le SIDA continuera à faire preuve de leadership à cet égard. Je souhaite également jouer un rôle très actif.

M. Wilbee: Nous avons eu la conférence sur le SIDA à Montréal. Y aura-t-il un suivi ou s'agit-il seulement d'un événement important qui va se désintégrer? Notre gouvernement fait-il quoi que ce soit pour poursuivre le travail entamé à cette conférence?

M. Beatty: Oui. A mon avis, la conférence a permis de sensibiliser les Canadiens à la question du SIDA et à son importance. C'est là sans doute l'élément le plus important de la conférence. Nous examinons nous-même plusieurs initiatives à court terme, dont la reconstitution du CCN-SIDA afin d'élargir le nombre de ses adhérents et de voir comment ces derniers vont réagir, ainsi que toute une gamme de questions liées au SIDA.

Quant à l'élaboration d'une stratégie nationale, nous avons publié des lignes directrices au sujet des contributions aux organismes communautaires; ces derniers savent donc comment présenter leur demande. Nous continuons à financer la recherche. Nous avons reçu du gouvernement l'autorisation d'effectuer une étude de pré-marché pour une campagne publicitaire de sensibilisation sur le SIDA.

Il s'agit de l'un des domaines qui à mon avis est essentiel. Je ne pense pas qu'il faudrait prévoir une campagne seulement. Je pense au contraire en avoir plusieurs différentes, selon les divers publics visés. Nous avons la chance que les homosexuels soient très bien organisés et puissent nous aider à obtenir toute l'information sur la façon dont se propage le SIDA et dont il peut être évité. Nous ne disposons pas de ce genre de structure organisationnelle pour les consommateurs de drogue. Il faut trouver d'autres façons d'atteindre ce public-cible. De même, les jeunes gens actifs sexuellement ont besoin d'une attention particulière et ont peut-être leurs propres structures.

Dans le cadre d'une autre campagne de sensibilisation, j'aimerais également que l'on aborde le problème des gens d'une autre catégorie, la catégorie à laquelle appartiennent la plupart d'entre nous, c'est-à-dire des Canadiens monogames, mariés, d'un certain âge, qui se posent également des questions à propos du SIDA. Souvent, il s'agit de donner des renseignements sur la

[Texte]

out there that lead to discrimination against people who test HIV positive. One of the tests in the past of the effectiveness of educational programs was who could put on the spookiest advertising and scare people the most that the bogeyman was there, ready to leap out and get them. I do not think that is constructive in all instances. One of the things we have to do is to demystify the disease, to make it clear that it is another disease and that people who contract the disease are entitled to be treated with decency and with respect for their rights and for their human dignity.

• 1650

I listened to *Cross Country Check-up* on Sunday, for example. A lady was on there saying that she was never again going to buy sliced watermelon at the grocery store because somebody with AIDS may have sneezed on it. This lady will have a difficult time in restaurants or buying food anywhere if she is afraid of AIDS being contracted in this way. You do not get AIDS from sneezes; you do not get it from handshakes or hugs or swimming pools or eating in a cafeteria. There is a lot of very factual information that we have to get out to Canadians about how the disease is spread and how it is not. So in all of those areas we will be taking a number of initiatives, and we will want to do it on a consultative basis with the other partners.

Mr. Whittaker (Okanagan—Similkameen—Merritt): Mr. Beatty, I am going to limit my questions to seniors and pensions so you will know it is that area I am coming from.

I noticed that on page 11 of your introductory remarks the last time you were here you stated that the challenge for us will be to reallocate resources from acute institutional care to chronic community-based care. I would like some expansion of that, if there is some expansion. I would like to find out, for instance, whether any plan is presently in place for this reallocation of resources and what plans there are, if any, at this stage or what is the thrust of your program to reallocate or shift these resources from one to the other.

Mr. Beatty: Particularly as it relates to seniors?

Mr. Whittaker: Yes.

Mr. Beatty: Lily, I think, and Dr. Law can correct me if I misstate the facts, but my understanding is that most of the work that has been done to date is essentially research in nature, and we are beginning to get a better understanding of some of the problems.

For example, a report was recently done for the government that looked at what can be done in the architecture of houses to make it so seniors would be able to stay in their houses. We have had a number of recommendations about programs that will support

[Traduction]

façon d'éviter de propager le SIDA. Beaucoup de gens ont peur ou comprennent mal le problème, ce qui les conduit à faire de la discrimination contre ceux dont les tests sont anti-VIH positifs. Auparavant, les annonces publicitaires les plus terribles et les plus effrayantes semblaient garantir l'efficacité des programmes de sensibilisation. Je ne pense pas que ce soit constructif dans tous les cas. L'une des choses que nous devons faire est de démystifier la maladie, de faire comprendre clairement qu'il s'agit d'une autre maladie et que les gens qui la contractent ont le droit d'être traités avec décence et dans le respect de leurs droits et de leur dignité humaine.

Par exemple, j'ai écouté l'émission *Cross Country Check-up* dimanche. Une dame racontait qu'elle n'allait plus jamais acheter de pastèques en tranches à l'épicerie parce que quelqu'un ayant le sida pourrait éternuer sur le melon. Cette dame aura des problèmes à se nourrir au restaurant ou à acheter des aliments où que ce soit si elle a peur d'attrapper le sida de cette façon. Le sida ne s'attrappe pas par les éternuements, des poignées de mains ou des étreintes, ni non plus dans les piscines ou en mangeant dans une cafétéria. Il y a beaucoup de faits à communiquer aux Canadiens au sujet des façons par lesquelles cette maladie peut et ne peut pas s'attrapper. Par conséquent, nous allons prendre un certain nombre d'initiatives dans ces domaines et, à cette fin, nous allons procéder à une consultation avec les autres intervenants.

M. Whittaker (Okanagan—Similkameen—Merritt): Monsieur Beatty, je vais limiter mes questions aux cas des personnes âgées et des pensions; de cette façon, vous verrez où je veux en venir.

J'ai remarqué à la page 11 de vos remarques liminaires, la dernière fois que vous êtes venu ici, que vous avez dit que le défi consistera à prendre les ressources consacrées aux soins institutionnels pour les réaffecter aux soins des malades chroniques. J'aimerais que vous précisiez un peu, si c'est possible. Par exemple, j'aimerais savoir si des plans sont en place actuellement pour cette réaffectation des ressources, quels sont ces plans, le cas échéant, ou quelle est l'orientation de votre programme visant à réaffecter ces ressources.

M. Beatty: Particulièrement en ce qui a trait aux personnes âgées?

M. Whittaker: Oui.

M. Beatty: Lily, je pense, et D^r Law peuvent me corriger si je présente les faits de façon erronée, mais je crois savoir que la plupart du travail qui a été accompli jusqu'à maintenant est essentiellement un travail de recherche, et nous commençons à avoir une meilleure compréhension de certains des problèmes.

Par exemple, un rapport rédigé récemment pour le gouvernement portait sur ce qui pouvait être fait, du point de vue de l'architecture des maisons, pour faire en sorte que les personnes âgées puissent demeurer dans leurs propres logements. Un certain nombre de

[Text]

seniors' independence. We have put in place a seniors independence program designed to assist seniors in being able to keep themselves independent in their own day-to-day activities, but it is a relatively fresh area where I do not think enough work has been done in the past.

In my view, the goal is really twofold. The first is that I believe that giving seniors the ability to stay in their own homes and continue to feel part of the broader community helps to ensure their health of mind and their youth, if you like. It is an important part in their maintaining their sense of relevance and their sense of enthusiasm for going on. All too often we tend to institutionalize people and cut them off from the rest of the world. We waste a resource in the process of doing that in that we take seniors who have a great deal to contribute to society and we take them away; but, secondly, it can often be very damaging to the long-term prospects of the seniors themselves.

The other aspect is that in my view where we are able to keep somebody in a house, whether it is a Meals on Wheels program helping to deliver services to them to ensure that they have a hot meal or visiting homemakers or a range of other activities, this is a far more cost-effective way of delivering a service than it is to institutionalize somebody and provide the service there.

Mr. Whittaker: I understand that these programs are administered usually provincially but there is a cost-sharing through your department.

Mr. Beatty: Yes.

Mr. Whittaker: What pressures can be put on, for instance, from your department to assist or force the provinces into bringing about some of these things you are talking about?

Mr. Beatty: Certainly under any discussion of the Canada Assistance Plan we are able to raise some of these issues—similarly as we struggle with some of the issues related to medicare and medical funding in Canada. The provinces are under the same strains as we are in trying to stretch the health care dollar as broadly as possible, so they are looking for collaboration on this and for proposals. We also have some funds that are earmarked separately, such as through the seniors' independence program, where we hope that by sponsoring a conference which brings people together to talk about how seniors in a community can remain in their own homes and be active in the community this will have a salutary effect in terms of all levels of government.

[Translation]

recommandations ont été formulées au sujet de programmes qui favoriseront l'autonomie des personnes âgées. Nous avons mis sur pied un programme d'aide à l'autonomie des aînés pour aider ceux-ci à s'adonner de façon indépendante à leurs activités quotidiennes. Cela étant dit, il s'agit d'un secteur relativement nouveau dans lequel je ne crois pas qu'un travail suffisant ait été accompli dans le passé.

Selon moi, l'objectif visé comporte deux volets. Le premier est le suivant: Le fait de fournir aux personnes âgées les moyens de demeurer dans leur propre maison et de continuer à sentir qu'ils font partie de la collectivité contribue, en quelque sorte, à les garder jeunes de corps et d'esprit. Cette autonomie est importante pour qu'ils puissent continuer de trouver un sens à leur existence et d'avoir l'enthousiasme de continuer à vaquer à leurs occupations. Nous avons trop souvent tendance à placer les personnes âgées dans des institutions et à les isoler du reste du monde. De cette façon, nous gaspillons nos ressources en nous privant de l'importante contribution que les aînés peuvent apporter à la société. D'autre part, cette façon de procéder peut souvent être très dommageable aux projets à long terme des personnes âgées elles-mêmes.

Le deuxième volet de l'exercice visé est que, selon moi, lorsque nous pouvons laisser une personne continuer à occuper sa maison, que ce soit en faisant appel au programme de repas livrés à domicile afin de s'assurer que cette personne mange un repas chaud ou auxiliaires familiales, ou encore à toute une gamme d'autres activités, il est beaucoup plus rentable de fournir de tels services que de placer quelqu'un dans une institution puis de lui fournir le service à cet endroit.

M. Whittaker: Je crois savoir que ces programmes sont habituellement appliqués par les provinces mais que votre ministère a une entente de partage des coûts avec celle-ci.

M. Beatty: C'est exact.

M. Whittaker: Quelles pressions votre ministère peut-il, par exemple, exercer pour aider ou contraindre les provinces à effectuer certains des changements dont vous parlez?

M. Beatty: Nous pouvons certainement soulever certaines de ces questions dans le cadre de toute discussion sur le Régime d'assistance publique du Canada—de la même façon que dans le cas de certaines questions liées à l'assurance-maladie et au financement des soins médicaux au Canada. Les provinces sont aux prises avec les mêmes contraintes que nous et doivent essayer d'utiliser le plus efficacement possible chaque dollar consacré aux soins de santé; par conséquent, elles sont prêtes à collaborer concernant cette question et souhaitent que des propositions soient formulées. Il y a également des fonds qui sont affectés séparément, notamment au programme concernant l'indépendance des personnes du troisième âge, et nous espérons qu'en parrainant une conférence qui regroupera des gens pour discuter des moyens de permettre aux personnes âgées de continuer de vivre dans leurs logements et de demeurer

[Texte]

[Traduction]

actifs au sein de la collectivité, cela aura un effet salubre à l'égard du gouvernement.

• 1655

Mr. Whittaker: Mr. Minister, has your department met with, for instance, the finance department, to look for further tax incentives or programs such as an expansion of the RRAP program to assist second generation people to look after their seniors within their homes? I am talking about additional tax breaks for those people who are forced, or wish to look after their parents.

Mr. Beatty: We are quite open on all of that, and I think the finance department is too. If we can demonstrate, as I think we can, that some of these programs may be helpful in actually reducing costs to government, then I think there would be an openness on their part. I have no hesitation at all about talking with my colleague on that.

Mr. Whittaker: Have you in fact had any discussions in this area?

Mr. Beatty: I think there are discussions at the officials' level on a continuing basis about a whole range of issues that are help for social services in nature, but which have financial implications. We will be trying to ensure that, when we have suggestions which may be helpful in ensuring that seniors can stay in their own homes, or that families can provide assistance and are given the incentive to do so.

Mr. Whittaker: As a result of the interest I have had for some time in seniors, over the last few years this is one of the things that has come up time and again—namely, an additional tax break, or whatever, as an incentive to people within the community to keep or to assist their parents, grandparents, aunts and uncles and that sort of thing, the extended family in some cases.

Mr. Beatty: To do so not in the sense that they are trapped and have to do it, but rather from the point of view that they want to do it and that they feel that the whole family is enriched, we are almost, in a sense, coming full circle. If you look back a couple of generations ago, it was families who were expected to look after the seniors, and there were not other services which provided an alternative.

We then began to use institutions much more than had been the case in the past. That was good to an extent, because there were many instances in which seniors were not receiving the care they were entitled to or which they needed. Having said that, I think it is often the case that families are poorer for being isolated from the seniors. And the seniors themselves are poorer. In instances where people are able to stay with families, or able to stay in their own homes and lead as normal a life as possible, our goal should be to support that, and provide facilities and

M. Whittaker: Monsieur le ministre, les représentants de votre ministère ont-ils, par exemple rencontré ceux du ministère des Finances pour examiner la possibilité d'accorder des stimulants fiscaux ou de créer des programmes, notamment une amélioration du PAREL en vue d'aider la seconde génération à s'occuper des personnes du troisième âge chez eux? Je songe à des allègements fiscaux supplémentaires pour ceux qui sont obligés ou qui désirent s'occuper de leurs parents.

M. Beatty: Nous sommes très réceptifs à ce genre de mesure et je pense que le ministère des Finances l'est aussi. Si nous parvenions à démontrer, et je pense que c'est possible, que certains de ces programmes pourraient effectivement réduire les coûts du gouvernement, je pense qu'il ferait preuve de souplesse. Je n'ai absolument aucune hésitation à en discuter avec mon collègue.

M. Whittaker: Avez-vous effectivement eu des discussions?

M. Beatty: Je pense que les fonctionnaires poursuivent des discussions constantes sur toute une gamme de mesures d'appui aux services sociaux, mais ces solutions comportent des coûts. Nous essaierons d'agir en ce sens, lorsque des mesures utiles auront été proposées pour permettre aux personnes âgées de continuer de vivre dans leurs logements, ou pour que leurs familles puissent les aider et qu'elles reçoivent les mesures d'incitation nécessaires pour le faire.

M. Whittaker: Je m'intéresse depuis longtemps aux personnes âgées et j'ai remarqué qu'une mesure a souvent été proposée, à savoir des allègements fiscaux, ou des mesures de ce genre, qui incitent les membres de la collectivité à garder ou à aider leurs parents, leurs grands-parents, leurs tantes et oncles, en somme la famille élargie dans certains cas.

M. Beatty: Les familles agiraient ainsi non pas parce qu'elles se sentiraient obligées de le faire mais parce qu'elles le voudraient et estimerait que toute la famille s'en trouverait enrichie; en somme, c'est presque un retour à l'ancienne famille. Il y a quelques générations, les familles devaient s'occuper de leurs aînés, et il n'existait pas d'autre solution.

Nous avons commencé à avoir recours aux institutions de plus en plus. Dans une certaine mesure, c'était une bonne solution car beaucoup de personnes âgées ne recevaient pas les soins auxquels elles avaient droit ou dont elles avaient besoin. Cela dit, il arrive souvent que les familles s'appauvrissent en se séparant de leurs aînés, et c'est également le cas pour ces derniers. Lorsque des personnes âgées sont capables de continuer de vivre au sein de leurs familles ou dans leur propre logement et d'avoir une vie aussi normale que possible, nous devrions

[Text]

institutions which will enable people to stay active, to stay independent, and to feel part of that family unit.

I think every Member of Parliament knows people who, upon institutionalization, have lost that essential will to go on and to be a part of society. Keeping somebody as if he or she is part of a family and as if there is still an important contribution being made can be important for the health and for the very survival of seniors.

Interestingly, yesterday I was in Toronto and visited a child care facility at Sunnybrook Hospital. One of the things they are doing with some of the patients they have there on long term is to bring them over to meet with some of the kids in the child care facility. They find it is not only good for the kids, but also there is a wonderful therapeutic effect for some of the seniors from seeing children. It is something that they desperately miss. All the way around, it has been an experience that has enriched both sides.

Ms Greene (Don Valley North): Sunnybrook is in North York, and because of the council's policies we have lots of day care centres. We have encouraged industries to put them in. In addition, the board of education, in the last 10 years or so, added 64 day care centres in the local public schools.

In addition, we have changed the recreation programs to meet a child care need for those six to twelve years old. However, the big problem we have is that the low income and needy people in the community cannot go to these day care centres because they cannot get subsidies. At present we have 5,500 people on the waiting list for subsidy for day care in Metropolitan Toronto, and that list is increasing by 500 per month. Some 85% of those people are single parents, and if you are eligible for that list you are needy. The maximum income levels are around \$35,000 for a two-income family. They consider such criteria as housing, and so on, and it is the actual costs they are paying that are considered in this calculation. You have an extremely needy group there. If you look at Metropolitan Toronto in my riding, which is in North York, 15% of the population are single parents. This is why the council has realized this fact and has met the need in terms of providing day care throughout the community.

[Translation]

leur faciliter la tâche en fournissant les installations et institutions qui leurs permettent de demeurer actives, de rester indépendantes et de se sentir intégrées à leurs familles.

Chaque député connaît sans doute des personnes qui, une fois placées dans un établissement, ont perdu la volonté essentielle d'aller de l'avant et de continuer de faire partie de la société. Le fait de garder une personne âgée dans la famille et de lui faire sentir qu'elle y joue un rôle utile peut être important pour sa santé et même pour sa survie.

Je me trouvais hier à Toronto où j'ai visité le pavillon des enfants de l'hôpital Sunnybrook. L'hôpital organise des rencontres entre certains patients en long séjour et des enfants du pavillon. On a constaté que ces rencontres étaient bonnes non seulement pour les enfants mais qu'elles avaient un excellent effet thérapeutique pour certains patients âgés. Les enfants manquent beaucoup aux personnes âgées. L'expérience s'est révélée enrichissante autant pour les vieux que pour les jeunes.

Mme Greene (Don Valley-Nord): L'hôpital Sunnybrook est situé dans North York, et les politiques du conseil ont permis la création de nombreuses garderies. Nous avons encouragé les entreprises à en créer. En outre, le conseil scolaire a créé depuis une dizaine d'années quelque 64 garderies dans les écoles publiques locales.

Nous avons également modifié les programmes de loisirs de manière à répondre aux besoins de garde des enfants de six à 12 ans. Toutefois, le plus gros problème est que les personnes à faible revenu ne peuvent envoyer leurs enfants dans ces garderies parce qu'elles n'obtiennent pas de subventions. Actuellement, il y a 5,500 personnes qui attendent de recevoir des subventions dans le Toronto Métropolitain et la liste d'attente augmente de 500 noms par mois. 85 p. 100 des personnes en attente sont des parents seuls, et pour être admissibles il faut être dans le besoin. Le revenu maximum des personnes de cette catégorie se situe autour de 35,000\$ pour une famille à double revenu. Les subventions sont accordées en fonction de critères tels que le logement, etc, on tient compte des coûts réels supportés pour les fins du calcul de la subvention. Le groupe compte des personnes très défavorisées. Dans la partie de la région métropolitaine de Toronto située dans ma conscription, plus précisément dans North York, les familles monoparentales représentent 15 p. 100 de la population. C'est après s'être rendu compte de la situation que le conseil a décidé d'assurer des services de garderie partout dans la collectivité.

• 1700

Now, the national child care strategy is supposed to be reconsidered during this term, and I am wondering, first of all, what process are you following. Second, as I wrote to you before, I am very concerned about the clause that

En principe, la stratégie nationale sur la garde des enfants devait être étudiée au cours de la présente session, et je me demande quelle démarche vous envisagez. En second lieu, comme je vous l'ai déjà dit dans une lettre, je

[Texte]

says we are to provide assistance to the most needy before the others, because all the people on our lists are needy.

This issue was debated at great length at Metropolitan Toronto. We had public hearings and all kinds of representations, and it was decided that the council did not wish to discriminate among the needy. We felt day care should not be just a welfare program, and that is what it would be in Metropolitan Toronto. If you include only the needy, the only people getting day care subsidy would be those on welfare retraining programs. Anybody else, because of the demand, would be knocked off that list. So your waiting list would disappear, and again you would have a situation where a large part of the community did not have access to public day care facilities in their own community.

Every single one of those non-profits has a community group attached to it, so this is a big issue. I have had letters from the local councillors. The Metro Council brought it up when they were here and so on. I would like to know what process you are going to be following with the National Child Care Strategy and whether there will be a review of it.

Mr. Beatty: Do you want to know if we are committed simply to reintroducing the old legislation?

Ms Greene: Yes.

Mr. Beatty: No, we are not committed simply to reintroducing the old legislation. The commitment made by the government was that within the term of this government, this Parliament, we would be acting to implement our program and to achieve the goals we had set out. We are not wedded to any one particular structure, and one of the things I will want to do is get out myself to meet with groups who are advocating particular formulas or particular structures for child care, but also to have a chance to see firsthand some of the innovative programs that have been put in place.

I think one of the advantages there may be at the time we bring in new proposals is that we will have learned from increased experience. For example, the \$100 million Child Care Initiatives Fund is still in place, and there are innovative and exciting proposals under way that have been financed by that initiatives fund. We may well be able to gain as a result of some of the experiences we have had there.

Similarly, I will want to take a look at some of the innovative proposals that have been made or innovative structures that are in place. The Sunnybrook one is an example of that. It is really first-rate. It is something where I think, even in the short-term, I can help to play a leadership role in terms of encouraging employers to look increasingly at the provision of workplace child care.

[Traduction]

m'inquiète de ce passage qui dit que nous viendrons en aide d'abord aux plus nécessiteux, car tous ceux qui figurent dans nos listes sont des nécessiteux.

Cette question a été longuement débattue dans la région métropolitaine de Toronto. Après la tenue d'audiences publiques et toutes sortes d'autres démarches, le conseil a décidé qu'il ne voulait pas faire de distinction entre les nécessiteux. Nous avons cru qu'un système de garderie ne devrait pas être simplement un programme de bien-être et que c'était ce qui se préparait à Toronto. Si on ne tient compte que des nécessiteux, les seules personnes qui bénéficieront d'une aide financière seront ceux qui seront inscrits à des programmes de recyclage ou d'aide sociale. Étant donné l'importance des besoins, tous les autres groupes seront rejetés. Il n'y aura personne d'inscrit sur les listes d'attentes, et pourtant une bonne partie de la population ne pourra avoir accès à des services de garderie dans la localité même.

Chacune des garderies sans but lucratif dépend d'un groupe communautaire, si bien que c'est un gros problème. J'ai reçu des lettres de conseillers municipaux. Les membres du conseil de la région de Toronto ont soulevé la question lors de leur passage ici, et d'autres également. Je voudrais savoir quelle démarche vous entendez suivre en ce qui concerne la stratégie nationale sur la garde des enfants et si ce programme fera l'objet d'une révision.

M. Beatty: Voulez-vous savoir si nous avons décidé simplement de représenter le même projet de loi?

Mme Greene: Oui.

M. Beatty: Non, nous n'avons pas décidé de représenter simplement le même projet de loi. La proposition faite par le gouvernement ne valait que pour la durée de son mandat, pour la durée de la législature, c'est-à-dire que nous étions prêts à mettre en oeuvre notre programme et à poursuivre nos objectifs dans ce contexte-là. Nous ne sommes pas liés à un régime en particulier, et je suis prêt à aller rencontrer les groupes qui ont des formules ou encore des systèmes à proposer en matière de garde d'enfants, et je voudrais aussi me familiariser avec quelques-unes des formules innovatrices qui sont appliquées dans certains milieux.

L'un des avantages qu'il y aurait à présenter de nouvelles propositions est que nous pourrions profiter des nouvelles expériences. Par exemple, les 100 millions de la Caisse d'aide pour des programmes spéciaux en matière de garde d'enfants sont toujours disponibles et la caisse contribuera à financer des projets innovateurs et intéressants. Il sera sûrement utile de suivre de près les résultats obtenus par ces projets expérimentaux.

De même, je tiens à me renseigner sur certains projets innovateurs et autres structures nouvelles qui ont été lancées. Je pourrais vous citer le cas de Sunnybrook comme exemple. C'est quelque chose de formidable. C'est un exemple de projet que je suis en mesure de favoriser, en encourageant les employeurs à s'efforcer d'organiser des garderies sur les lieux du travail.

[Text]

Ms Greene: There is a policy at Metro to do that.

Mr. Beatty: That is excellent, and Sunnybrook has certainly been in a leadership position there.

I have been talking with some of the parents and some of the staff, and they stressed to me that this has been very useful for Sunnybrook Hospital in terms of their ability to keep nurses, for example, because many mothers have a very real problem in terms of returning to the labour force if they do not have adequate care for their children. In the case of Sunnybrook, they can bring them in the morning and the children are left there with very good supervision, and they are able to pop over during the lunch hour or at any time if there is a concern. As a consequence, the employer has benefited by being able to hire nurses at a time when there is a real shortage of nurses.

Ms Greene: The problem is when they are single parents and cannot get subsidy. That is not available to them because it costs too much for them. The North York Civic Centre Day Care Centre is not full now because of the fact that people cannot afford to pay the \$85 or \$100 a week.

Mr. Beatty: In the case of Sunnybrook, it is full. They have a waiting list and they would like to expand it. People there are eligible to apply to the city to get assistance.

Ms Greene: This is the 5,500 waiting list.

• 1705

Mr. Beatty: There is a lengthy waiting list. In the short term we are expecting an increase of about 20% in terms of the take-up under CAP for the provision of child care services in Canada. The commitment we have made to the provinces is that CAP continues to remain completely open-ended. We will pay 50% of any qualifying dollar that is spent by the provinces on child care, without qualification.

CAP is indeed aimed at people who are in need or who are likely to be in need. The government has brought in provisions on the tax side with the child tax credit and with child care deductions, which are also designed to give relief to other people. Then when we come back during the life of this Parliament with new proposals, we hope to be able to complement the procedures already in place and fill some of the gaps that exist. In the interim I will get out and see for myself, consult with people, look for where improvements can be made and ensure that we operate as effectively as possible in providing what I consider to be an essential program.

[Translation]

Mme Greene: Il existe déjà une politique à Toronto à ce sujet.

M. Beatty: C'est parfait, et Sunnybrook est sûrement un projet d'avant garde.

J'ai eu l'occasion de m'entretenir avec des parents et quelques employés et tous m'ont assuré que l'initiative est très utile en ce qui concerne l'hôpital de Sunnybrook parce que cela lui permet de garder ses infirmières; par exemple, bien des mères ont beaucoup de difficulté à reprendre leur emploi s'il leur est impossible d'envoyer leur enfant dans une garderie. A Sunnybrook, les enfants sont amenés le matin et laissés aux mains de personnel expérimenté; les mères elles-mêmes allaient faire un tour à l'heure du déjeuner ou même à tout moment, en cas de difficulté. Dans ce cas-là, l'employeur, c'est-à-dire l'hôpital, en a profité parce qu'il peut garder à son service des infirmières alors qu'il existe une pénurie dans cette profession.

Mme Greene: Les plus en difficulté sont les familles mono-parentales qui ne peuvent obtenir d'aide financière. Le problème est qu'ils n'ont pas les moyens de se payer la garderie. Il reste des places disponibles à la garderie du Centre municipal de North York parce que les gens intéressés ne peuvent payer 85 ou 100\$ par semaine pour faire garder leur enfant.

M. Beatty: Je sais que c'est complet à Sunnybrook. Il y a même une liste d'attente et on voudrait accroître la capacité d'accueil. Les parents peuvent demander une aide financière à la ville.

Mme Greene: Vous voulez parler de la liste des 5,500 noms?

M. Beatty: La liste d'attente est longue. À court terme, nous nous attendons à une augmentation d'environ 20 p. 100 de la participation au Régime d'assistance publique du Canada, plus particulièrement de la prestation de soins aux enfants canadiens. Nous avons promis aux provinces que le Régime d'assistance publique du Canada demeurera entièrement ouvert. Nous paierons 0,50\$ de chaque dollar admissible dépensé par les provinces sur les soins des enfants, sans aucune réserve.

Le Régime d'assistance publique du Canada est s'adresse effectivement aux personnes qui sont dans le besoin ou qui sont susceptibles de l'être. Les dispositions fiscales que le gouvernement a adoptées en instaurant un crédit d'impôt pour enfants et des déductions au titre des soins des enfants aideront aussi les autres. Lorsque nous proposerons d'autres solutions durant cette législature, nous espérons pouvoir améliorer les procédures existantes et combler certaines des lacunes. Entretemps, j'irai moi-même consulter la population pour déterminer dans quels secteurs des améliorations sont possibles et m'assurer que nous sommes aussi efficaces que possible dans l'administration de ce que je considère comme un programme essentiel.

[Texte]

Ms Greene: You should look at the North York recreation model, because it is very inexpensive and very excellent.

Mr. Beatty: I would be pleased to do that, and I appreciate the suggestion. I know your concern as well about the provincial allocation of funds in Ontario.

Ms Greene: Yes, because that is basically the problem. They are trying to get everybody else up to the standard of Metro, which is a little bit ridiculous when you consider that Metropolitan Toronto has all these single parents. If you look at another area, it is much lower, and the living costs are far higher. There is a recent indication that it is the highest cost on the continent. A salary of \$67,000 is required for a family of four in Metropolitan Toronto and \$50,000 in a standard city in Canada. I think it is a special needs case.

Mr. Beatty: Yes.

Ms Greene: Thank you.

Mr. Gustafson (Souris—Moose Mountain): I just have one question. What is the budget share of health care?

Mr. Beatty: The entire federal budget?

Mr. Gustafson: Yes. What portion does health care take?

Mr. Beatty: We will calculate it and get it for you. I think we should be able to generate that pretty quickly.

Mr. Gustafson: It should not be too hard.

Mr. Beatty: My staff will get the figure, but why do we not continue in the meantime.

Mrs. Clancy: Mr. Minister, at several conferences I have attended, both before and after I took over responsibility as critic for status of women, one of which was the advisory council's conference on women and health held here in February or March, I believe, a lot of discussion arose about women experiencing very different health problems and concerns. A specific example voiced at both—I have attended two such conferences in the past six months—was that women are far more frequently diagnosed as having depression and other emotional problems than men, and women, especially elderly women, are reported to use high levels of tranquilizers. I was wondering if you could tell us whether this situation is being investigated. Is anything specific being done to ensure that women are physically and mentally healthy, particularly with regard to the abusive prescribing of tranquilizers?

[Traduction]

Mme Greene: Vous devriez considérer le modèle de récréation de North York car il ne coûte pas cher du tout et qu'il est excellent.

M. Beatty: Je serais ravi de le faire et je vous remercie de votre recommandation. Je sais aussi que vous vous préoccupez de la façon dont sont affectés les fonds en Ontario.

Mme Greene: En effet, parce que c'est là que réside le gros du problème. Ils essaient de faire en sorte que tout le monde s'élève au niveau de la région métropolitaine de Toronto, ce qui est un peu ridicule étant donné le grand nombre de familles monoparentales qui y vivent. Si vous prenez une autre région, le niveau est de loin inférieur et le coût de la vie considérablement supérieure. Des données récentes laisseraient croire que c'est la ville où le coût de la vie est le plus élevé du continent. Une famille de quatre a besoin d'un salaire de 67,000\$ dans la région métropolitaine de Toronto et de 50,000\$ dans une autre ville ordinaire du Canada. Je crois qu'il s'agit-là d'un cas de besoins spéciaux.

M. Beatty: C'est juste.

Mme Greene: Je vous remercie.

M. Gustafson (Souris—Moose Mountain): J'aimerais poser une question. Quelle est la proportion des dépenses du budget affectée aux soins de santé?

M. Beatty: Vous voulez dire de l'ensemble des dépenses budgétaires du fédéral?

M. Gustafson: Oui. Quelle proportion les soins de santé représentent-ils?

M. Beatty: Nous le calculerons et vous le communiquerons. Je crois que nous devrions pouvoir vous donner une réponse rapidement.

M. Gustafson: Ce ne devrait pas être trop difficile.

M. Beatty: Je ferai en sorte que mon personnel vous transmette ce montant mais pourquoi ne continuerions-nous pas entretemps.

Mme Clancy: Monsieur le ministre, j'ai eu l'occasion de me rendre compte à l'occasion de plusieurs conférences auxquelles j'ai assistées, tant avant qu'après avoir accepté de me faire le porte-parole de la condition féminine, dont l'une était la conférence du Conseil consultatif de la condition féminine et de la santé qui a eu lieu ici en février ou en mars, que bon nombre de discussions découlaient du fait que les femmes affrontaient des problèmes de santé et autres très diversifiés. Je vous donnerai un exemple précis qui a été soulevé aux deux conférences—en effet j'ai assisté à deux conférences semblables au cours des six derniers mois: on dit en fait que les femmes souffrent beaucoup plus souvent de dépression et d'autres problèmes émotifs que les hommes et que les femmes, plus particulièrement les plus âgées, prennent beaucoup de tranquillisants. Je me demandais si vous pourriez nous dire si ces problèmes sont à l'étude. A-t-on pris des dispositions précises pour veiller à ce que les femmes restent en bonne santé physique et mentale, et plus particulièrement pour éviter

[Text]

Mr. Beatty: Mrs. Clancy, it is an important question. Let me ask Dr. Law to respond.

Dr. Law: You are quite right about the excessive prescribing to women of tranquilizers, and sleeping pills as well. It is an issue the department is actually very concerned about. We have a specific program directed to the problem of women and drugs, especially prescription drugs. The program is called "It's Just Your Nerves", and we would certainly be glad to provide you with information about it. In addition to that, we have published a fairly significant document on the subject, which has been widely distributed. For example, the Ontario Medical Association distributed it to every physician in Ontario, and it has had wide distribution in other places. So it is a subject of great concern to the department.

• 1710

Mrs. Clancy: Dr. Law, I would like to be more specific. One of the things that came up at the February conference of the National Advisory Council was the particular situation with elderly women, whether they are at home or in institutions, and that the level may even be higher. I am wondering if we have any specific statistics and whether this program you are talking about targets elderly women in any different way than it targets women generally.

Dr. Law: No. In the case of "It's Just Your Nerves" and the others, they are not particularly focused on elderly women. But the overall problem of drug use among senior citizens is another one we are looking at, and we are doing a couple of things. We are providing some project funding through the Seniors Independence Program to look at the problem. The Canadian Medical Association has also shown an interest in that particular problem, and we are working with them, as well as with the pharmacists, people within the department, and the National Advisory Council on Aging, to develop a national project relating to the problem of seniors and drugs.

Mr. Beatty: I think, Mrs. Clancy, there has been some concern that there is an over-prescribing of medications to seniors, regardless of whether they are male or female.

Mrs. Clancy: Yes. But demographically more of them are female.

Mr. Beatty: Yes, indeed. But it is one that is certainly of concern. Obviously it is expensive. But that is not the

[Translation]

leur consommation abusive de tranquillisants sur ordonnance du médecin.

M. Beatty: Madame Clancy, cette question est très importante. Laissez-moi demander au D^r Law de vous répondre.

Dr Law: Vous avez tout à fait raison en ce qui concerne les prescriptions excessives de tranquillisants et de somnifères que les médecins donnent aux femmes. C'est une question dont le Ministère se préoccupe en fait beaucoup. Nous avons un programme qui porte précisément sur le problème des femmes et des drogues, plus particulièrement les médicaments d'ordonnance. Le programme est intitulé «C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs», et nous nous ferons un plaisir de vous renseigner au sujet de ce programme. De plus, nous avons publié un document assez important sur le sujet, qui a eu une grande diffusion. Par exemple, l'Association médicale de l'Ontario l'a fait parvenir à tous les médecins en Ontario, il a été largement diffusé dans d'autres milieux aussi. Il ne fait aucun doute que le Ministère s'intéresse à cette question.

Mme Clancy: D^r Law, j'aimerais être plus précise. L'une des choses mise en lumière lors de la conférence tenue en février par le Conseil consultatif national est la situation particulière des femmes âgées, qu'elles vivent chez-elles ou en établissement, et le fait que le problème chez elles est peut-être encore plus grave. Je me demande si nous ne disposons pas de statistiques précises et si le programme dont vous parlez vise les femmes âgées d'une façon différente qu'il ne vise les femmes en général.

Dr Law: Non. Ni le programme «C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs» ni les autres ne sont axés particulièrement sur les femmes âgées. Mais nous nous penchons néanmoins sur le problème global de la consommation de drogues chez les personnes âgées, et nous appliquons certaines mesures. Par exemple, nous subventionnons des projets dans le cadre du Programme d'autonomie des aîné(e)s pour que ce problème soit étudié. L'Association médicale canadienne a également fait savoir qu'elle s'intéressait à ce problème particulier, et nous travaillons de concert avec celle-ci, avec les pharmaciens, avec des responsables du Ministère ainsi qu'avec le Conseil consultatif national sur le troisième âge pour élaborer un projet national se rapportant au problème de la consommation de drogues chez les personnes âgées.

M. Beatty: Je crois, Madame Clancy, que l'on s'est inquiété du fait qu'il puisse y avoir prescription excessive de médicaments aux personnes âgées, peu importe qu'ils soient hommes ou femmes.

Mme Clancy: C'est vrai, mais d'un point de vue démographique, les femmes sont plus nombreuses.

M. Beatty: Oui, effectivement. La situation est néanmoins préoccupante. Et cela coûte évidemment bien

[Texte]

primary concern. The primary concern is whether the over-medication of people is damaging to them.

Mrs. Clancy: I realize that the delivery of services is, as you mentioned earlier, a provincial responsibility. But it is one of the concerns that arose, and I was thinking of Health and Welfare in its role as a leader in identifying some of these problems. There have been suggestions from a number of people that in certain of our homes for special care over-medication takes place to create less of a strain on staff. That would be another area in which I wonder if you had specific information.

Dr. Law: That is primarily a provincial issue.

Mrs. Clancy: Exactly. I realize that.

Mr. Beatty: Let us search to see if we can find anything. Mrs. Clancy, because, Lord knows, we fund enough research of one sort or another.

Mrs. Clancy: That is exactly what I was hoping for.

Mr. Beatty: We will comb through it a bit to see if we can find anything; and if we do, we would be pleased to send it on to you.

Mrs. Clancy: It might be like the funding for the royal commission.

Mr. Beatty: Indeed.

Ms Langan: Mr. Minister, there was some discussion with your colleague, the minister responsible for the status of women, about the \$60 million allocation for native child care and what in fact is the reason it is now not going to be funded. It is my understanding that since on-reserve native child care is part of the \$4.4 billion unspent allocation, they simply have decided that it would remain unspent and in fact there will be no on-reserve native child care funding in this budget.

Mr. Beatty: The decision that was taken by the government was that those elements of the national strategy that were in place would be proceeded with and those that were not would be deferred for the time being. That one was not in place at that time, nor was the legislation. In the meantime we will be using funds out of the \$100 million Child Care Initiatives Fund to try to provide assistance to do need studies and so on. I agree with what I am sure is your position that there is a serious problem on reserves, and one of the elements of the new strategy, when it comes back, must be to deal with that issue.

[Traduction]

cher, mais ce n'est pas là la préoccupation première; la préoccupation première est de savoir si la prescription excessive de médicaments est préjudiciable aux gens.

Mme Clancy: Je sais bien que la prestation des services est, comme vous le signaliez plus tôt, de compétence provinciale. Toutefois, c'est l'une des questions qui ont été soulevées, je pensais à Santé et bien-être dans son rôle de chef de file quand il s'agit de reconnaître certains de ces problèmes. Un certain nombre de personnes ont laissé entendre que, dans certains de nos foyers de soins spéciaux, on a recouru à la prescription excessive de médicaments pour réduire le fardeau du personnel. Voilà un autre secteur au sujet duquel je me demande si vous n'auriez pas des renseignements précis.

Dr. Law: C'est une question qui concerne principalement les provinces.

Mme Clancy: Précisément; j'en suis bien consciente.

M. Beatty: Voyons si nous pouvons trouver quelque chose, Madame Clancy, car Dieu sait que nous finançons beaucoup de recherches de natures diverses.

Mme Clancy: C'est précisément ce que j'espérais.

M. Beatty: Nous allons dépouiller l'information pour voir ce que nous pouvons en tirer, et si nous trouvons quoi que ce soit, nous nous ferons un plaisir de vous transmettre les renseignements.

Mme Clancy: Cela sera peut-être comme le financement de la Commission Royale.

M. Beatty: En effet.

Mme Langan: Monsieur le ministre, il a été question, dans les discussions avec votre collègue, la ministre responsable de la Condition féminine, de la somme de 60 millions de dollars destinés à la garde des enfants autochtones et des raisons pour lesquelles ces fonds ne seront pas fournis. Je crois comprendre que, la somme destinée à la garde des enfants autochtones dans les réserves faisant partie des 4,4 milliards non dépensés, il a simplement été décidé que cette somme ne serait pas dépensée et que le budget ne comporterait aucun fonds destinés à la garde des enfants autochtones dans les réserves.

M. Beatty: La décision que le gouvernement a prise est que les éléments de la stratégie nationale qui existait déjà seraient réalisés comme prévu, tandis que les autres seraient remis à plus tard. Cet élément n'existait pas à ce moment, la loi non plus. Entre temps, nous allons puiser dans les 100 millions de dollars de la Caisse d'aide aux projets en matière de garde des enfants les fonds nécessaires pour essayer d'apporter une certaine aide à l'examen des besoins etc. J'appuie la position qui, j'en suis certain, est également la vôtre, selon laquelle la situation est grave dans les réserves, et la nouvelle stratégie, lorsqu'elle sera remise en application, devra comporter parmi ses éléments le règlement de cette question.

[Text]

[Translation]

• 1715

Ms Langan: The information I have is that the government has made a conscious decision not to fund native child care because the allocated funds for native child care were separate from the national program. The funds for the native child care initiative have been deferred probably until the next election.

Mr. Beatty: No, no. It is part of the program but it was separately earmarked. The rationale was exactly as I explained to you. Those elements that were already in place dealing with child care were proceeded with, both the tax elements and elements under CAP, the initiatives fund and so on. Those elements that were not in place, such as the legislation and the native child care, were deferred for the time being. It is not a matter of waiting until the next election. The commitment we have made is during—

Ms Langan: Within this mandate.

Mr. Beatty: —the tenure of this Parliament. Yes, indeed.

Ms Langan: May I ask then how high a priority native on-reserve child care has in view of the fact that there is such a high population of young people in the native communities on reserve and such a low provision of child care on reserve? Is it a priority? Will it be moved on quickly once you have your grand plan in place?

Mr. Beatty: It is a priority and it is an area of particular concern to me. Indeed, one of the things we are doing is drawing on the results of projects under the Child Care Initiatives Fund to give us good data in terms of what the needs are and how best to supply that need. We are funding a number of needs assessments across the country at the present time, and that will be very helpful to us.

Ms Langan: One last question then: when, if you are looking at studies, etc., will the native community have the opportunity of dialogue with you to ensure that culturally appropriate child care is provided?

Mr. Beatty: Yes, indeed, one of the things I will want to do across the board with child care is to have a chance to sit down and chat with people about what sort of challenges they see, what problems they saw with the old program and what improvements could be made.

Mme Langan: D'après les renseignements qu'on m'a transmis, le gouvernement a consciemment décidé de ne pas financer les services de garde destinés aux enfants autochtones parce que les fonds alloués à cette fin ne faisaient pas partie du programme national. Ces fonds seront probablement bloqués jusqu'à la prochaine élection.

M. Beatty: Non, non. Ils font partie du programme, mais ils ont été affectés séparément, et ce, exactement pour les motifs que je vous ai expliqués. Les éléments relatifs aux services de garde qui étaient déjà en place ont été maintenus, à la fois des éléments fiscaux et les éléments liés au RAPC, la Caisse d'aide aux projets, et ainsi de suite. Par contre, les éléments du programme qui n'avaient pas encore été mis en oeuvre, comme la loi et les services de garde à l'intention des enfants autochtones ont été remis à plus tard. Il ne s'agit pas d'attendre jusqu'à la prochaine élection. Nous nous sommes engagés à prendre ces mesures au cours. . .

Mme Langan: Du présent mandat.

M. Beatty: De la présente législature. Oui, en effet.

Mme Langan: Puis-je alors vous demander où sur l'échelle des priorités se situent les services de garde offerts sur les réserves à l'intention des enfants autochtones, étant donné que les collectivités autochtones situées dans des réserves comptent un nombre si élevé de jeunes et reçoivent des services si limités dans ce domaine? S'agit-il d'une priorité pour vous? Des mesures seront-elles prises rapidement une fois que votre grand plan sera en place?

M. Beatty: Il s'agit d'une priorité pour nous et d'une question qui me préoccupe tout particulièrement. En effet, l'une des choses que nous faisons actuellement est d'étudier les résultats des projets réalisés dans le cadre de la Caisse d'aide aux projets en matière de garde des enfants afin de disposer de données valables sur les besoins qui existent et sur la meilleure façon d'y répondre. Nous finançons actuellement un certain nombre d'évaluations des besoins réalisés dans l'ensemble du pays et les résultats de ces travaux nous seront très utiles.

Mme Langan: Une dernière question alors: Quand, puisque vous êtes en train de réaliser des études, etc. Les collectivités autochtones auront-elles l'occasion de s'entretenir avec vous afin de s'assurer que des services de garde appropriés sur le plan culturel seront fournis?

M. Beatty: Oui, en effet, l'une des choses que je désire faire pour tous les types de services de garde, c'est de m'asseoir avec les gens afin de discuter des services qu'il faudrait chercher à offrir, des problèmes que présentaient l'ancien programme et des améliorations qui pourraient être apportées.

[Texte]

Ms Langan: In other words, you are telling us that we now wait until you do a study across the country.

Mr. Beatty: It is not a matter of doing a study across the country; it is a matter of my having the courtesy to sit down and to be open, which is I think what you were asking me to do.

Ms Langan: I am just going to say, please, God, do not change ministers again, or we may never get child care in this country.

Mr. Beatty: I hope to be here for generations yet to come.

Ms Langan: My goodness.

The Chairman: I am sure, Mr. Minister, that your chances of that may be very good indeed.

Mrs. Clancy: Is that a partisan remark?

Mr. Beatty: I thought it was just a comment on the public interest.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, still on the subject of native peoples, I wonder if the minister's officials could comment on the native alcohol abuse and drug abuse program, in connection with the. . . It has been going for some while now. I wonder if we have any figures or statistics on what has happened to consumption in the native community, whether that is being monitored, and the amount of abuse that is going on still with drugs and alcohol. What would be the figures regarding the turnover of native people personnel who are working as drug abuse workers?

Mr. Beatty: Dr. Halliday, I will ask Mr. Nicholson to respond. Just before he does, I might put on the record that there was a question with regard to the program in the House of Commons, which was based on the false belief that somehow the program was being terminated. It is not. Our goal is to ensure that it remains in place. We believe it is an excellent program. The budget is \$50,611,000 per year.

Since the program was launched in 1982, it has grown from 140 projects of \$8.3 million to more than 350 projects, 9 training programs, and 20 treatment centres. The allocation is now 48 person-years and \$50.6 million. Contributions to native communities for NNADAP activities including construction of treatment centres amounted to \$46.6 million. Some 64% of communities, which is 517 out of 811, with 83% of the program's client population, which is 227,727 persons, now benefit from NNADAP prevention services provided either by resident NNADAP workers or by visiting staff. The program also

[Traduction]

Mme Langan: En d'autres mots, vous êtes en train de nous dire que nous allons maintenant attendre les résultats d'une étude menée dans l'ensemble du pays.

M. Beatty: Il ne s'agit pas de réaliser une étude dans l'ensemble du pays; il faut plutôt que les ministres aient la courtoisie de s'asseoir avec les gens pour discuter franchement, ce que je croyais que vous me demandiez de faire.

Mme Langan: Je veux seulement vous demander, bon dieu, de ne pas changer encore une fois le ministre, ou il se peut bien que nous ne disposions jamais de services de garde d'enfants ici au pays.

M. Beatty: J'espère rester en poste pendant encore des générations.

Mme Langan: Seigneur!

Le président: Je suis certain, monsieur le ministre, qu'il y a de très bonnes chances que votre vœu se réalise.

Mme Clancy: S'agit-il d'une remarque partisane?

M. Beatty: Je croyais qu'il ne s'agissait que d'une remarque sur l'intérêt général.

M. Halliday: Monsieur le président, toujours au sujet des populations autochtones, je me demande si les représentants du ministère pourraient nous fournir des explications concernant le programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, en ce qui touche à (. . .) Ce programme existe depuis déjà un certain temps. Je me demande si l'on a des données ou des statistiques sur l'évolution de la consommation de drogues ou d'alcool au sein des collectivités autochtones? Cette question est-elle suivie de près et quelle est la gravité des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme qui persistent toujours au sein des réserves? Quel est aussi le taux de roulement pour le personnel autochtone qui travaille auprès des toxicomanes?

M. Beatty: Docteur Halliday, je vais demander à M. Nicholson de répondre à votre question. Avant qu'il ne le fasse, j'aimerais cependant indiquer qu'une question a été posée au sujet de ce programme à la Chambre des communes et que celle-ci s'appuyait sur une fausse prémisse, c'est-à-dire qu'on allait, pour une raison ou une autre, mettre fin à ce programme. Ce n'est pas le cas. Nous désirons nous assurer qu'il demeure en place. Et nous croyons qu'il s'agit d'un excellent programme. Son budget annuel s'élève à 50.611,000\$.

Lors de son lancement en 1982, une somme de 8,3 millions de dollars avait été distribuée à 140 projets, tandis qu'aujourd'hui, plus de 350 projets, neuf programmes de formation et 20 centres de traitements sont subventionnés. Quarante-huit années-personnes sont consacrées à ce programme et son budget est de 50,6 millions de dollars. Les contributions versées à des collectivités autochtones pour des activités liées au PNLAADA, notamment pour la construction de centres de traitements, se sont élevées à 46,6 millions de dollars. Quelque 64 p. 100 des collectivités, c'est-à-dire 517 des

[Text]

funds 421 treatment beds in 20 centres. I could go on, but probably I should defer to Mr. Nicholson to comment on the question of evaluations.

Mr. Nicholson: I am very pleased to be able to respond to that question. We have just recently had the program evaluated by the Addiction Research Foundation of Canada. We had many questions for the department with respect to the benefits the native people were receiving from this area of our programming. We thought it was a good move to involve ourselves with the Addictions Research Foundation, to have them measure the success of this program as best they could.

• 1720

As you may know, this generation of the program began in 1982, following upon the old PAR program that we had. Over the period of the past seven years we were under direction to implement 718 treatment beds, to deliver a prevention program, and to deliver a counselling program immediately to the reserves. By and large, this program is administered in total by local people at the reserve level.

The ARF decided the best way to measure this program in terms of its success would be to measure it against some successful North American models, keeping in mind that it was important to understand the requirement for cultural relevance within the program. They have just recently tabled the findings with me, and it is clear now that in following their recommendations there is going to have to be some changes to the program.

For example, they have indicated that the institutional treatment model may not be the appropriate one for this day and age. Of course, we will not be making any immediate changes to the program until we go through a full consultation process with the Indian people of Canada. We will be raising this issue with the Assembly of First Nations soon, requesting them to assist us in going out to the Indian community, sharing the results of the evaluation in terms of reshaping the direction of the program.

In terms of being able to report on specific successes, the reduction of alcohol consumption, for example, it is very difficult to do that. Many of the people who receive treatment, or go through our prevention-type programming, do gain sobriety, sometimes for only a short period of time, but even at that it is a success story. We now, though, have instituted an information collection system to monitor the success rate of our treatment programming and our prevention programming. We call it the PARS and TARS system, and it has been in place now for about six months. If you were

[Translation]

811 collectivités visées, et 83 p. 100 de la population cible du programme, c'est-à-dire 227,727 personnes, bénéficient maintenant des services de prévention du PNLAADA qui sont fournis par les travailleurs résidents du programme ou par son personnel itinérant. Ce programme finance aussi 421 lits répartis entre 20 centres de traitements. Je pourrais continuer, mais il est probablement préférable que je laisse M. Nicholson répondre à la question relative aux évaluations.

M. Nicholson: Je suis très heureux de pouvoir répondre à cette question. Nous venons tout juste de faire évaluer le programme par la Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie. Nous avons beaucoup de questions à poser au ministère au sujet des avantages que les autochtones tiraient de cet aspect de notre programmation. Nous avons pensé que c'était une bonne décision de nous joindre au *Addictions Research Foundation* pour qu'il évalue le succès de ce programme du mieux possible.

Comme vous le savez peut-être, cette génération du programme a commencé en 1982, après l'ancien programme PAR. Au cours des sept dernières années, nous devons offrir 718 lits, mettre en oeuvre un programme de prévention et un programme de consultation dans les réserves. En général, le programme est mis en oeuvre entièrement par des autochtones des réserves.

Le ARF a décidé que le meilleur moyen d'évaluer le succès du programme serait de l'évaluer par rapport à d'autres programmes nord-américains qui ont du succès, tout en tenant compte des considérations culturelles du programme. L'organisme vient à peine de me remettre les conclusions de son étude et il ressort clairement de leurs recommandations qu'il faudra apporter certaines modifications au programme.

Par exemple, il a indiqué que le traitement dispensé en établissement ne convient peut-être plus aujourd'hui. Bien sûr, nous n'effectuerons pas de changement immédiatement sans avoir consulté les Indiens du Canada. Nous soulèverons la question auprès de l'Assemblée des Premières Nations bientôt et nous lui demanderons de nous aider en assurant la liaison avec les Indiens, en partageant les conclusions de l'évaluation en vue de réorienter le programme.

Par ailleurs il est très difficile de noter des résultats précis sur la réduction de la consommation d'alcool par exemple. Beaucoup de ceux qui se sont fait soigner ou ont participé au programme de prévention restent sobres parfois pour de très courtes périodes, mais c'est déjà un succès. Nous avons maintenant mis sur pied un système de collecte des renseignements pour contrôler le taux de succès des soins que nous dispensons et du programme de prévention que nous offrons. Ces deux systèmes fonctionnent depuis environ six mois. Si vous me posez la question dans un an, je pourrai probablement vous

[Texte]

to pose the same question to me this time next year, I could probably give you some very specific information, albeit in a very general sense, because we respect privacy in this area as best we can.

The Chairman: We have completed a round and it is now 5.22 p.m. I understand that some of our members have other meetings to attend. Perhaps we have time for a very quick question. We may lose quorum here very shortly. Okay, this is it then. We do need concurrence regarding vote 1.

Mr. Fontana: I think both Ms Langan and Ms Greene asked the same questions, and I just want to follow up with regard to the child care initiatives funds. An amount of \$100 million will be spent over five years. There will be more research into child care. In fact, this research already exists. Obviously, the government was prepared to put in a program and legislation to accomplish that. You have approved some 98 projects to date at a cost of about \$15 million. Do you not think, Mr. Minister, in light of what Ms Green and Ms Langan said that you could have produced for \$100 million in five years—that is equivalent to about 13,000 daycare spaces, so why this continued research? We all know what the problem is: the number of spaces.

Mr. Beatty: One of the problems is clearly a shortage of spaces in Canada today, but we should also be looking at the quality and the type of child care provided. For example, Ms Langan raised the question of—I am sorry, either she or Ms Clancy—culturally sensitive programs on reserve. What you have on an Indian reserve might very well be very different from what you have in downtown Toronto. Similarly, in my rural area the type of facility that we might need for rural child care might be very different from what you would have London.

• 1729

It is important that we indeed continue to do research and take initiatives. Probably of all of the program the element that was most widely acclaimed was the Child Care Initiatives Fund. The money has been exceptionally well used. I can perhaps refer you to some of the programs that have been put in place and that are providing services.

Mr. Fontana: They are providing services?

Mr. Beatty: Oh, yes, indeed. Indeed, on the west coast, in Victoria, the Cridge Centre is doing an outstanding piece of work, and the experience gained from that I think will be helpful in many other areas as well.

So the issue is not simply the question of how many spaces. That is key. But it is also the quality of service we are providing that is going to be very important.

[Traduction]

donner des renseignements précis, quoique généraux, parce que nous respectons la vie privée autant que nous le pouvons.

Le président: Nous venons de terminer un tour de questions et il est maintenant 17h22. Je crois comprendre que certains de nos membres doivent assister à d'autres réunions. Nous avons peut-être le temps de poser une autre question rapidement. Nous risquons de perdre le quorum très bientôt. Ça y est. Nous devons faire adopter le crédit numéro 1.

M. Fontana: Je pense que M^{me} Langan et M^{me} Greene ont posé les mêmes questions et je veux tout simplement donner suite à la question concernant la Caisse d'aide aux projets en matière de garde d'enfants. Un montant de 100 millions de dollars sera à dépenser sur cinq ans. On effectuera plus de recherches sur la garde d'enfants. En fait, ces recherches se font déjà. De toute évidence, le gouvernement était prêt à mettre en oeuvre un programme et à adopter une loi à ce sujet. Nous avons approuvé quelque 98 projets jusqu'ici qui coûteront environ 15 millions de dollars. Ne pensez-vous pas, monsieur le ministre, d'après ce que mesdames Greene et Langan ont dit, vous auriez pu produire pour 100 millions de dollars en cinq ans, l'équivalent d'environ 13.000 places en garderies, alors pourquoi poursuivre la recherche? Nous savons tous quel est le problème, c'est le nombre de places.

M. Beatty: Un des problèmes est évidemment la pénurie de places au Canada aujourd'hui, mais nous devons aussi nous pencher sur la qualité et la nature des garderies offertes. Par exemple, M^{me} Langan, ou peut-être est-ce M^{me} Clancy, a soulevé la question de programmes tenant compte des différences culturelles dans les réserves. Les garderies dans une réserve indienne peuvent être bien différentes de celles du centre-ville de Toronto. De même, dans ma région rurale, les garderies pourraient être bien différentes de celles qui se trouvent à London.

Il importe que nous poursuivions bel et bien la recherche et nous lancions dans des projets. De tous les éléments du programme, celui qui a probablement reçu la plus grande faveur est la Caisse d'aide aux projets en matière de garde des enfants dont les fonds ont été particulièrement bien utilisés. Peut-être puis-je vous reporter à quelques-uns des programmes qui ont été mis en place et qui offrent des services.

M. Fontana: Ils offrent des services?

M. Beatty: Bien sûr. En effet, sur la côte ouest, à Victoria, le centre Cridge accomplit un travail merveilleux et l'expérience qu'on y acquiert servira, selon moi, dans bien d'autres domaines.

Il ne s'agit donc pas simplement d'un problème de places. C'est là la clé. La qualité des services que nous offrons prendra une très grande importance.

[Text]

Mr. Fontana: I suggest to you that if women's groups or municipalities or provinces had the choice of additional funding for spaces or more quality research projects, the answer would have been much different from this. I am just indicating to you I am sure there are some very good programs, and perhaps you could table some of these 98 projects to let us as a committee know exactly what these innovative programs are.

Mr. Beatty: I would be glad to give you a list of all of them. I think what you will find is that in many of these cases what you are seeing is demonstration programs set up that are providing a service. That is precisely it. They are providing child care—

Mr. Fontana: That is the kind of stuff we want to see.

Mr. Beatty: —and often they are programs that can be picked up afterwards under CAP, or under successor legislation. So one of the things I do not want left is the impression that because it is called an “initiatives fund” it is simply hiring people in white lab coats to do statistical surveys. It is not. In many instances it is the provision of services, but in innovative ways, which can be very useful in terms of ensuring we have not only spaces created but quality spaces. But let us get to the committee a full list of all the projects and—

Mr. Fontana: With the number of spaces, if in fact some are included, sure.

Mr. Beatty: If we have those data I would be pleased to present them. And because they are in all parts of Canada, perhaps members would like to visit some of the projects and see for themselves. I am sure they would be welcome.

The Chairman: Mr. Minister, I take this opportunity to extend, on behalf of all members of the committee, our sincere thanks for coming back so promptly after we had requested a follow-up meeting with you after your initial meeting with the committee. Certainly it is evident from the questions and the wide-ranging topics we have covered today that there is a genuine concern and interest here. I think we have a committee that is willing to work with officials of your department.

I would like to thank those officials who have accompanied you here today. We would welcome you back, sir, at any time you feel it is appropriate, and no doubt there will be times when we will feel it is necessary to have you back to provide information to members of the committee. So on behalf of all of us, my sincere thanks to you.

The meeting is adjourned.

[Translation]

M. Fontana: Permettez-moi de vous dire que si les groupes de femmes ou les municipalités ou les provinces avaient eu le choix entre des fonds supplémentaires pour augmenter le nombre de places ou un plus grand nombre de projets de recherche de qualité, la réponse aurait été très différente. Ce que je veux dire simplement c'est que je suis convaincu qu'il existe de très bons programmes et que vous devriez peut-être déposer quelques-uns de ces 98 projets pour que les membres de ce Comité sachent exactement ce que sont ces programmes innovateurs.

M. Beatty: Je serais heureux de vous en fournir une liste complète. Je crois que vous vous rendrez compte que dans bien des cas il s'agit de programmes de démonstration qui offrent un service. C'est tout à fait cela. Ils offrent des services de garde. . .

M. Fontana: Il s'agit du genre de choses que nous voulons voir.

M. Beatty: . . . et souvent ces programmes peuvent être retenus par la suite dans le cadre du PAC ou d'une loi subséquente. Aussi, je ne veux pas donner l'impression que, parce que cela s'appelle une caisse d'aide aux projets on ne fait qu'embaucher des chercheurs en blouse blanche pour effectuer des études statistiques. Ce n'est pas le cas. Dans bien des cas il s'agit de prestations de services, services innovateurs, qui peuvent être très utiles pour assurer que nous ne créons pas seulement des places mais que ces dernières sont de qualité. Mais procurons-nous pour le Comité une liste complète de tous les projets et. . .

M. Fontana: Avec le nombre de places, si en fait certains projets en créent, d'accord.

M. Beatty: Si nous disposons de ces données je serai heureux de vous les soumettre. Et comme ces projets existent dans toutes les régions du pays, les députés voudront peut-être se rendre sur place et constater ce qui s'y passe. Je suis certain qu'ils seraient les bienvenus.

Le président: Monsieur le ministre, je profite de cette occasion pour vous remercier sincèrement, au nom de tous les membres du Comité d'être revenu—après que nous vous ayons demandé de nous accorder une autre rencontre. Il est tout à fait évident, si l'on se fonde sur la question et l'éventail des sujets dont nous avons traités aujourd'hui, que votre ministère s'intéresse vraiment à la question. Je crois que notre Comité est disposé à collaborer avec les fonctionnaires de votre ministère.

J'aimerais remercier les fonctionnaires qui vous ont accompagné aujourd'hui. Nous serons heureux de vous accueillir, monsieur le ministre, toutes les fois que vous le jugerez approprié et il y aura sans doute des moments où nous jugerons nécessaire de vous reconvoquer pour que vous renseigniez les membres du Comité. Je me fais donc le porte-parole des membres du Comité pour vous remercier sincèrement de vous être déplacé.

La séance est levée.



*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESSES

From the Department of National Health and Welfare:

- Dr. M.M. Law, Deputy Minister;
- J. David Nicholson, Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch;
- C. Edwin Tupper, Director General, Public Service Health, Medical Services Branch.

TÉMOINS

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

- D^r M.M. Law, sous-ministre;
- J. David Nicholson, sous-ministre adjoint, Direction générale des services médicaux;
- C. Edwin Tupper, directeur général, Santé des fonctionnaires fédéraux, Direction générale des services médicaux.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 5

Wednesday, June 14, 1989

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 5

Le mercredi 14 juin 1989

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Main Estimates 1989-90: Votes 55 and 60 under
NATIONAL HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1989-1990: crédits 55
et 60 sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET
BIEN-ÊTRE SOCIAL

APPEARING:

The Honourable Jean Charest
Minister of State (Fitness and Amateur
Sport)

WITNESS:

(See back cover)

COMPARAÎT:

L'honorable Jean Charest
Ministre d'État (Condition physique et Sport
amateur)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)

Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Le greffier du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, JUNE 14, 1989

(7)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 3:35 o'clock p.m. this day, in Room 209 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White.

Acting Members present: John F. Brewin for Chris Axworthy; Joe Fontana for Paul Martin; Al Horning for Stan Wilbee; Stan Keyes for Jean-Claude Malépart; Bob Kilger for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker and Antony G. Jackson, Research Officers.

Appearing: The Honourable Jean Charest, Minister of State (Fitness and Amateur Sport).

Witness: From the Department of National Health and Welfare: Lyle Makosky, Assistant Deputy Minister, Fitness and Amateur Sport.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Friday, April 28, 1989, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1990. (See *Minutes of Proceedings, Wednesday, May 24, 1989, Issue No. 1*).

The Chairman called Votes 55 and 60.

The Minister made a statement and, with the witness, answered questions.

At 5:40 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 14 JUIN 1989

(7)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 15 h 35 dans la pièce 209 de l'Édifice de l'ouest sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White.

Membres suppléants présents: John F. Brewin remplace Chris Axworthy; Joe Fontana remplace Paul Martin; Al Horning remplace Stan Wilbee; Stan Keyes remplace Jean-Claude Malépart; Bob Kilger remplace David Dingwall.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker et Antony G. Jackson, attachés de recherche.

Comparait: L'honorable Jean Charest, ministre d'État (Condition physique et Sport amateur).

Témoin: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: Lyle Makosky, sous-ministre adjoint, Condition physique et Sport amateur.

Conformément à son ordre de renvoi du vendredi 28 avril 1989, le Comité poursuit l'examen du Budget des dépenses principal pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1990. (Voir *Procès-verbal du mercredi 24 mai 1989, fascicule n° 1*).

Le président appelle les crédits 55 et 60.

Le Ministre fait une déclaration, et lui-même et le témoin répondent aux questions.

À 17 h 40, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Wednesday, June 14, 1989

• 1530

The Chairman: I call the meeting to order. I see a quorum. Again we are dealing with order of reference dated Friday, April 28, 1989. However, we will focus our attention on the Fitness and Amateur Sport Program, and for that reason I will call votes 55 and 60.

On behalf of members of the committee, I welcome the Minister of Fitness and Amateur Sport, the Hon. Jean Charest. I would also like to welcome Mr. Makosky, the assistant deputy minister.

Without further ado, Mr. Minister, I would ask that you present us with an opening statement. We will follow with questions, a 10-minute round from each of the parties, followed by a 5-minute round.

Hon. Jean Charest (Minister of State (Fitness and Amateur Sport)): Mr. Chairman, this is the first time I have had the opportunity of appearing before the committee since I took over the Department of Fitness and Amateur Sport on March 31, 1988, and I very much welcome this meeting as an opportunity for members of the committee to familiarize yourselves with what we are doing in Fitness and Amateur Sport. I also look forward, Mr. Chairman, to whatever input members on the committee can offer to me as a minister and to officials of my department.

• 1535

I have already circulated a copy of a statement that I would like to incorporate into the record, if that is acceptable to you, Mr. Chairman, and to members of the committee. Instead of going through the statement word by word, I may offer a few comments on the content of the statement and then invite questions. I understand that the statement has been circulated to you in both official languages.

The Chairman: That is my understanding. Everybody has it, and in both official languages.

Statement by The Hon. Jean Charest (Minister of State for Fitness and Amateur Sport): Mr. Chairman and Committee members, I am pleased to have this opportunity to speak to the Committee today to describe some current initiatives and program highlights, to be undertaken during 1989-90 under the Fitness and Amateur Sport Program.

Having been established in 1961, with the introduction of the Fitness and Amateur Sport Act, I believe my

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mercredi 14 juin 1989

Le président: La séance est ouverte. Je vois que nous avons le quorum. Notre ordre de renvoi est toujours celui du 28 avril 1989, mais nous allons nous consacrer aujourd'hui au Programme de la condition physique et du sport amateur; c'est pourquoi je propose que nous passions à l'étude des crédits 55 et 60.

Au nom des membres du Comité, je souhaite la bienvenue au ministre de la Condition physique et du sport amateur, l'honorable Jean Charest. Nous accueillons également le sous-ministre adjoint M. Makosky.

Sans plus attendre, monsieur le ministre, je voudrais vous demander de nous présenter votre déclaration. Nous passerons ensuite aux questions; il y aura un premier tour de 10 minutes pour chacun des partis, puis un tour de 5 minutes.

L'honorable Jean Charest (ministre d'État (Condition physique et sport amateur)): Monsieur le président, je compare pour la première fois devant le Comité depuis que j'ai pris la direction du ministère de la Condition physique et du sport amateur le 31 mars 1988, et je suis très heureux que la présente séance donne aux membres du Comité l'occasion de se familiariser avec ce que nous faisons en matière de condition physique et de sport amateur. Par ailleurs, je vais pouvoir bénéficier des opinions dont les membres du Comité voudront bien faire part à mes collaborateurs et à moi-même.

J'ai fait distribuer des exemplaires de ma déclaration, dont j'aimerais qu'elle figure au compte-rendu, si cela convient au président et aux membres du Comité. Au lieu de la reprendre mot à mot, je préfère vous présenter quelques remarques sur son contenu, puis je répondrai à vos questions. Je pense que tout le monde en a reçu un exemplaire dans les deux langues officielles.

Le président: Apparemment, oui. Tout le monde en a un exemplaire dans les deux langues officielles.

Déclaration de l'honorable Jean Charest (ministre d'État à la Condition physique et au Sport amateur): Monsieur le président, chers membres du Comité, je suis heureux d'avoir l'occasion aujourd'hui de m'adresser au Comité pour décrire les activités qui seront entreprises dans le cadre du programme de la Condition physique et du Sport amateur au cours de 1989-1990, ainsi que certaines des initiatives actuelles et les points saillants des programmes.

Le ministère dont je suis responsable a été établi en 1961 lorsque la Loi sur la santé et le sport amateur a été

[Texte]

department has accomplished a great deal for the benefit of all Canadians in what is a relatively brief period of time.

Under the terms of the "Act", the purpose of our program is "to promote, encourage and develop fitness and amateur sport in Canada", a mandate that we address through the activities of two major program directorates, Fitness Canada and Sport Canada.

To begin with the fitness side, I believe that we are now well-positioned to take some major steps toward translating the fitness vision and objectives, as defined during the 1986 Canadian Summit On Fitness, into reality.

It was my pleasure one month ago, to participate in the announcement of results of the Campbell's Survey on Well-Being in Canada. This long-anticipated update of the 1981 Canada Fitness Survey was undertaken by the Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute. It tells us that there has been a substantial increase in the proportion of Canadians who are following an active lifestyle during the past seven years.

This news, of course, is most encouraging to those representatives of both the public and private sectors whose efforts are aimed at promoting active lifestyles and increasing the fitness levels of all Canadians. However, this satisfaction is also tempered by information from the same survey indicating that although we are participating in physical activity more often now, only one in three Canadians is sufficiently active to enhance his or her cardiovascular health.

In other words, while we have come a long way in assisting and convincing Canadians concerning the importance of active living, there is still much work to be done to ensure that our citizens are motivated and have the necessary opportunities to enjoy the full benefits of an active and healthy lifestyle.

In this regard, through the Fitness Canada Directorate, we intend to raise the profile and priority of fitness, both within the federal government and throughout Canada, while underscoring the government's social responsibility, commitment and leadership in this field. While the government continues to play a lead role in the setting of national fitness policy, plans and strategies, it also recognizes the need to support and bolster the national fitness infrastructure in its direct management and delivery of fitness and recreational programming.

Within this context, new mechanisms will be developed for those already-identified priority areas of employee fitness, youth, older adults (third age fitness) and the disabled. Whether these mechanisms take the form of

[Traduction]

adoptée. Je crois qu'il a beaucoup fait pour le bien-être de tous les Canadiens en un temps, tout compte fait, relativement court.

La «Loi» stipule que notre programme a pour but de «favoriser et développer la condition physique et le sport amateur au Canada». Ce mandat, nous le réalisons grâce aux activités de deux grandes directions, Condition physique Canada et Sport Canada.

Commençons par le volet de la condition physique. J'estime que nous sommes maintenant bien placés pour amorcer des étapes importantes vers la concrétisation de la vision et des objectifs liés à la condition physique qui ont été définis lors du Sommet canadien de la condition physique en 1986.

Il y a un mois, j'ai eu le plaisir de participer à l'annonce des résultats de l'Enquête Campbell sur le mieux-être au Canada. Cette mise à jour de l'enquête Condition physique Canada en 1981, attendue depuis longtemps, a été confiée à l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. Elle révèle que la proportion de Canadiens menant un mode de vie actif a considérablement augmenté au cours des sept dernières années.

Cette nouvelle est certes des plus encourageantes pour les représentants des secteurs public et privé dont les efforts visent à préconiser des modes de vie actifs et à accroître les niveaux de forme physique de tous les Canadiens. Cette satisfaction est toutefois tempérée par la constatation émanant de la même enquête, que même si nous nous adonnons plus souvent maintenant à l'activité physique, on compte seulement un Canadien sur trois qui est suffisamment actif pour améliorer sa santé cardiovasculaire.

En d'autres mots, bien que nous ayons fait des pas de géant en convainquant les Canadiens de l'importance d'une vie active, il reste encore beaucoup de pain sur la planche pour s'assurer que nos citoyens sont motivés et disposent des occasions nécessaires pour profiter de tous les bienfaits que procure un mode de vie actif et sain.

À cet effet, grâce à la direction de Condition physique Canada, nous avons l'intention de rehausser le profil de la condition physique et de lui accorder une plus grande priorité, tant au sein du gouvernement fédéral qu'à l'échelle du Canada, tout en soulignant la responsabilité sociale, l'engagement et le rôle de direction qu'assume le gouvernement dans ce domaine. Alors que le gouvernement continue de jouer un rôle prépondérant dans l'établissement de la politique, des plans et des stratégies d'envergure nationale relativement à la condition physique, il reconnaît également la nécessité de soutenir l'infrastructure nationale de la condition physique en la gérant directement et en administrant des programmes de conditionnement physique et de loisirs.

Dans ce contexte, de nouveaux mécanismes seront conçus pour les domaines prioritaires déjà déterminés, c'est-à-dire le conditionnement physique des employés, les jeunes, les personnes âgées (la condition physique du

[Text]

secretariats, advisory groups, councils or boards, they are intended to involve private sector participation and will be directly responsible for the development, co-ordination and support of national fitness initiatives aimed at their particular target groups, while receiving financial assistance and policy advice from the federal government.

As a first step, "Blueprints for Action" are being developed for each of these target groups that will outline our strategic direction and objectives for both the short and long terms. For example, in the case of the disabled fitness program, the Blueprint is designed to improve the provision of activities for disabled people by creating specific operational projects over a two year period.

These initiatives include: the designing of a framework for leadership development; the production of a resource package to support advocacy strategies at the community level; the development of a self-directed consumer's guide to active living and a programmer's resource guide. As is the case with the Disabled Blueprint, it is anticipated that each of these target group action plans will represent an important resource that will assist organizations, agencies, groups and leaders at the national, provincial, regional and local levels in their efforts to develop more responsive and worthwhile fitness programming.

As well, fitness-related marketing and promotional opportunities will be a high priority during this fiscal year.

An excellent example of this promotional achievement is the recently completed Canada's Fitweek. This special Week once again captured the active imagination of the country as an estimated eight million Canadians took part in over 17,000 official events from coast to coast, making this Week the biggest celebration of physical activity in the world.

The attractiveness of our fitness philosophy and expertise has even transcended international boundaries, as represented by the successful 1989 Canada-USSR Winter Fit Trek. This first-year project that links Canadian and Soviet cities in a friendly fitness rivalry and cultural exchange brings both domestic and international dividends and will once again be on our 1990 agenda.

Also, in conjunction with our international partners, we will continue to support the development of "Sport For All" programs throughout the world. Through the free and open exchange of information and an accurate assessment of needs, "Sport For All" is designed to provide opportunities for individual citizens to participate

[Translation]

troisième âge) et les personnes handicapées. Qu'ils prennent la forme de secrétariats, de groupes consultatifs, de conseils ou de comités, ces mécanismes feront appel à la participation du secteur privé et serviront à élaborer, à coordonner et à appuyer les initiatives nationales de condition physique s'adressant aux groupes cibles particuliers. Le gouvernement fédéral fournira une aide financière et une orientation de principe.

Comme première mesure, des «plans d'action» sont en voie d'être élaborés pour chacun des groupes cibles, qui expliqueront nos objectifs et notre orientation stratégique à courte et longue échéance. Ainsi, en ce qui a trait au programme de conditionnement physique pour les personnes handicapées, par exemple, le plan d'action a pour but d'accroître les occasions d'activités physiques pour les personnes handicapées et de créer des projets opérationnels particuliers sur une période de deux ans.

Ces initiatives comprennent, entre autres, la création d'un cadre pour le développement du leadership, la production d'un cahier de ressources à l'appui des initiatives de pression au niveau communautaire, l'élaboration d'un guide du consommateur pour une vie active, ainsi qu'un guide de ressources à l'intention du programmeur. Comme dans le cas du plan d'action à l'intention des personnes handicapées, il est prévu que chacun de ces plans d'action pour groupes cibles constituera une importante ressource qui aidera les organisations, les agences, les groupes et les moniteurs des niveaux national, provincial, régional et communautaire dans leurs efforts en vue de préparer des programmes valables de conditionnement physique qui répondent véritablement aux besoins.

De même, les occasions de promotion et de marketing reliées à la condition physique jouiront d'une haute priorité au cours de l'année financière.

La semaine «Canada en forme» qui vient de se dérouler illustre bien ce genre de réalisation promotionnelle. Elle a encore une fois captivé l'imagination active du pays alors qu'on estime que huit millions de Canadiens ont participé à plus de 17,000 activités officielles d'un océan à l'autre, faisant de cette semaine la plus grande célébration de l'activité physique dans le monde.

L'attrait exercé par notre philosophie et nos connaissances dans le domaine de la condition physique a même pris des proportions internationales, comme en témoigne l'Aventure physiforme Canada-URSS de l'hiver 1989 qui fut une réussite. Ce projet, qui en est à sa première année et qui rattache des villes canadiennes et soviétiques dans le cadre d'un échange culturel et d'une rivalité amicale sur le plan de la condition physique, a produit des dividendes tant nationaux qu'internationaux et figurera de nouveau à notre programme de 1990.

En outre, de concert avec nos partenaires internationaux, nous continuerons à favoriser la mise sur pied des programmes «Sport pour tous» partout dans le monde. Grâce à l'échange libre et ouvert d'information et à une évaluation exacte des besoins, le programme «Sport pour tous» vise à offrir aux citoyens individuels des

[Texte]

in physical activity and sport according to their personal interests, objectives and skill levels.

Also, on the fitness side, we intend to promote a new "Active Living" model that takes an integrated and dynamic approach to fitness promotion. "Active Living" connects the mind, body and spirit in physical activity within various life stages and dimensions. It contributes to increased feelings of personal worth, zest and vitality for living as well as to the maximizing of human potential physically, emotionally and socially.

The coming year will also be one of buildings and investment in the elements of a new fitness infrastructure at the national level; one that incorporates a new approach and mechanism to enhance fitness-related marketing and fundraising opportunities in the private sector.

We will pursue enhanced mass media and promotional efforts, to build upon past successes. Fitness has become more than a household word in Canada. It is fast becoming part of our culture and it's now obvious that we are practicing what PARTICIPaction and Fitness Canada have been preaching for some time. This has certainly not hurt the merchandising sector of our economy, which has benefited from the accelerated movement in the sport and fitness fields to the tune of billions of dollars. Nor has it gone unnoticed by the corporate sector at large.

My colleague, the Honourable Perrin Beatty, Minister for National Health and Welfare, has already spoken to you concerning his priorities and concerns in the fields of health and social policy. Within this context, we in the federal government are concerned by rising health-care costs that now surpass \$47 billion annually and we are troubled by the prevalence of illnesses such as hypertension and heart disease.

As Minister responsible for Fitness and Amateur Sport and as a concerned Canadian, I believe this trend must not be allowed to continue. I am convinced that part of the solution to this problem lies in sensitizing our population to the importance of physical activity and fitness as a vital preventive health measure while being both enjoyable, socially interactive and accessible to all economic and social levels. For this and the other reasons to which I have referred, I therefore consider it essential that the federal government continue to play a leading role in the development of fitness in Canada.

If I may turn for a few moments to the sport side of my portfolio, in light of recent attention and controversy

[Traduction]

occasions de faire de l'activité physique et du sport en fonction de leurs intérêts personnels, de leurs objectifs et de leurs niveaux d'aptitude.

Toujours en ce qui a trait à la condition physique, nous avons aussi l'intention de préconiser un nouveau modèle de «vie active» qui va promouvoir la condition physique de façon intégrée et dynamique. La notion de «vie active» unit l'esprit et le corps dans l'activité physique au cours de différentes étapes de la vie et sous ses divers aspects. Elle procure des sentiments d'épanouissement personnel, de joie de vivre et de dynamisme accrus en plus de maximiser les possibilités humaines sur les plans physiques, affectif et social.

Nous jetterons aussi cette année les bases d'une nouvelle infrastructure de la condition physique à l'échelle nationale et dans lesquelles on investira; ce sera aussi une année où un nouveau mécanisme et une nouvelle façon de procéder seront adoptés pour accroître les possibilités dans le secteur privé de faire de la mise en marché et de recueillir des fonds relativement à la condition physique.

Nous intensifierons nos efforts axés sur les grands médias d'information et sur la promotion en nous inspirant des succès passés. La condition physique est devenue plus qu'une expression nationale au Canada. Elle s'ancre rapidement dans notre culture et il est maintenant évident que nous pratiquons ce que PARTICIPaction et Condition physique Canada prêchent depuis un certain temps. Ce ne fut certainement pas au détriment du secteur économique, de la vente de marchandises, qui a profité du mouvement accéléré dans les domaines du sport et de la condition physique avec les retombées se chiffrant à des milliards de dollars. Les entreprises en général ont, elles aussi, remarqué ce phénomène.

Mon collègue, l'honorable Perrin Beatty, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, vous a déjà mis au courant de ses priorités et de ses préoccupations dans les secteurs de la politique sanitaire et sociale. Dans ce contexte, nous, les membres du gouvernement fédéral, sommes préoccupés par les coûts des soins de santé qui ne cessent de grimper et dépassent maintenant 47 milliards de dollars par année et nous sommes inquiets de la prédominance des maladies comme l'hypertension et les troubles cardiaques.

En tant que ministre responsable de la Condition physique et du Sport amateur et en tant que Canadien sensibilisé, je crois qu'il faut arrêter cette tendance. Je suis convaincu que la solution à ce problème consiste en partie à sensibiliser notre population à l'importance de l'activité physique et de la bonne forme en tant que moyen vital de préserver la santé tout en étant agréable, stimulant sur le plan social et accessible à tous les niveaux économiques et sociaux. Pour cette raison et pour les autres que j'ai précédemment mentionnées, je juge donc essentiel que le gouvernement fédéral continue d'assumer son rôle de chef de file dans le développement de la condition physique au Canada.

Je vous entretiendrai maintenant de l'aspect sport amateur de mon ministère. Étant donné la controverse

[Text]

surrounding certain sport issues, I feel it is more important than ever not to lose sight of the many tremendous accomplishments and the pride felt by Canadians as a result of amateur sport involvement and successes.

Collectively, we have experienced the most dramatic sport story in the last 20 years with the Ben Johnson incident, which has led to the Commission of Inquiry Into Drugs In Sport. However, notwithstanding the challenges we face, the federal government will stand by its commitment to Canadian sport.

In this regard, the Best Ever programs were first introduced by the government as a special effort towards high performance sport, in preparation for Olympic Games in Calgary and Seoul. These special efforts have become resources that the sport community has come to rely on and I am pleased to say these programs have been renewed.

Although Sport Canada has suffered a modest reduction in funding for the coming year, this amount will have to be used to accomplish more. We will be required to address certain new needs and priorities during 1989-90. Particularly, during this period, it is important that we follow the course that we have charted for ourselves in the expansion of our Anti-Doping Program. It is our intention to more than double the amount (\$500,000) we spent last year.

This allocation will support an increased number of tests and enhance the infrastructure to carry them out. We will bear the added cost of out-of-competition testing and will continue to focus our efforts and expenditures on those sports that have been designated as higher priority for anti-doping.

The question of the integrity of sport and the values associated with competition are central to the role that sport plays in our nation. We will therefore be directing more money to the enhancement of the Fair Play Campaign to address the ethical and non-violent conduct of sport.

In addition, we will be enhancing the quantity and quality of general entry level and competitive opportunities for athletes. Many of the national sporting organizations have completed or are working on domestic development plans that incorporate participation development and we will support projects emanating from these plans.

Many of those in the sport community have identified a concern regarding the corporate sector's support of sport, particularly during these difficult times. We intend to direct more resources to assist in the marketing and corporate sponsorship of sport, in recognition of this concern. This is consistent with the government's intent to seek greater balance in its share of funding of sport by increasing both corporate and sport membership generated funds.

[Translation]

qui a entouré certaines questions récemment, je pense qu'il est important plus que jamais de ne pas perdre de vue de nombreuses réalisations et la fierté ressentie par les Canadiens, grâce aux résultats obtenus par nos athlètes du sport amateur.

L'incident Ben Johnson a sûrement été la nouvelle sportive la plus saisissante des 20 dernières années, et nous avons mis sur pied la Commission d'enquête sur l'utilisation des drogues dans le sport. Cependant, quelles que soient les difficultés qui nous attendent, le gouvernement fédéral restera à la hauteur de ses engagements dans le sport amateur.

À cet égard, en anticipation des jeux olympiques de Calgary et de Séoul, le gouvernement avait proposé les programmes *Mieux que jamais* pour encourager nos athlètes. Ces programmes spéciaux sont des ressources utiles à nos athlètes, et je suis heureux de pouvoir dire qu'ils ont été renouvelés.

S'il est vrai que les crédits de Sport Canada connaîtront une légère baisse pour le prochain exercice, il faudra quand même essayer de faire davantage. Au cours de 1989-1990, nous devons nous occuper de nouveaux besoins et de nouvelles priorités. Au cours de cette période, il faudra notamment nous en tenir à nos projets d'élargir le Programme anti-dopage. Nous comptons doubler le montant (500,000\$) que nous avons dépensé l'an dernier.

Cette nouvelle affectation servira à accroître le nombre de tests et à mettre en place les moyens nécessaires pour les exécuter. Il faut aussi songer au coût des tests hors compétition et nous continuerons d'insister sur les sports où l'aspect anti-dopage revêt une importance particulière.

L'intégrité du sport et les valeurs liées à la compétition sont des aspects essentiels du rôle que le sport joue dans notre pays. Voilà pourquoi nous affecterons davantage de ressources à la campagne *Esprit sportif* qui vise l'aspect déontologique et non violent du sport.

En outre, nous allons favoriser l'aspect quantitatif et qualitatif de la participation générale de même que les occasions de concourir pour nos athlètes. Bon nombre d'organismes sportifs nationaux ont élaboré, ou sont en train de le faire, des plans favorisant la participation et nous allons appuyer les projets qui découleront de ces plans.

Nombre de représentants du monde sportif s'inquiètent du soutien que les entreprises apportent au sport, surtout en tenant compte des difficultés que nous connaissons. En reconnaissance de fait, nous comptons consacrer davantage de ressources pour aider la publicité et les commanditaires sportifs. C'est ainsi que le gouvernement entend équilibrer davantage sa part de financement du sport en cherchant à accroître les fonds fournis par les entreprises et les organisations.

[Texte]

Also on our agenda will be several major games missions that will need to be supported this fiscal year, as well as additional Winter and Summer Olympic Sports and events that have been added to the program. These activities will require support in preparation for the 1992 Olympics.

Fitness and Amateur Sport will be approaching this fiscal year as a period of review and preparation for certain major outcome. The recommendations of the Dubin Inquiry may have far-reaching effects on the way we value sport and even, perhaps, how we carry out our roles.

Those recommendations will have to be married with the recommendations and consultations emanating from the Task Force 2000 Report. The Task Force, comprised of a cross-section of our country's top sport experts, has articulated a series of national goals for Canadian sport development during the next 20 years. Following publication of the study last fall, consultation has begun during which comment and additional input have been sought from the Canadian sport community. In addition, we will review the results of the high performance symposium and quadrennial evaluations.

An International Relations Directorate has recently been established within my department, following a Cabinet decision in late 1987 to ensure that Canada achieves a high level of visibility and provides leadership in the international sport and fitness communities.

We have already taken international action on a number of issues such as doping, violence, fair play, "Sport For All" and South Africa. Canada has established a reputation as an "honest broker" and is in a unique position to play a leadership role in achieving concerted international action.

The recent endorsement of Canada's efforts toward the world-wide adoption of the International Olympic Anti-doping Charter by the 25 participating nations at the 6th Conference of European Ministers Responsible for Sport, is evidence of this leadership. The further promotion of harmonized doping controls, the tightening of sport sanctions against South Africa and an intensified campaign for fair play will continue.

The position that we are adopting this year is one that is consistent with the times. We are responding by our commitment to sport and at the same time making alterations that are responsive to our long-term collective needs.

At the same time, I believe it is critically important for the long-term welfare of our community that we allow Mr. Justice Dubin to conduct his work without prejudging, pre-empting or adversely reacting in any way.

We will therefore suspend policy implementation and funding for any of the recommendations in the Task Force Report, while continuing to study their

[Traduction]

Notre programme comporte également plusieurs grands concours qui devront être financés au cours du présent exercice, de même que les sports olympiques d'hiver et d'été et d'autres compétitions qui ont été ajoutées au programme. Ces activités serviront à préparer les Jeux Olympiques de 1992.

Condition physique et sport amateur voit le prochain exercice comme une période de révision et de préparation importantes. Il se peut que les recommandations de l'enquête Dubin ait une portée considérable sur la façon dont nous valorisons le sport et peut-être même sur la façon dont nous jouons nos rôles.

Ces recommandations devront être confrontées aux recommandations et consultations émanant du rapport Groupe de travail 2000. Ce groupe de travail qui réunit nos meilleurs experts sportifs, a défini un certain nombre d'objectifs nationaux pour le développement du sport au Canada au cours des 20 prochaines années. Des consultations ont été amorcées à la suite de la publication de l'étude l'automne dernier et les associations sportives ont été invitées à développer davantage leurs points de vue. En outre, nous allons revoir les résultats du symposium sur la haute performance et les évaluations quadriennales.

À la suite d'une décision du Cabinet prise en 1987, mon ministère vient de mettre sur pied une direction générale des relations internationales, qui doit veiller à ce que le Canada atteigne un haut niveau de visibilité et soit à l'avant-garde du sport et de la condition physique à l'échelle internationale.

Nous avons déjà pris position au sujet d'un certain nombre de questions de portée internationale comme le dopage, la violence, l'équité, le sport pour tous et l'Afrique du Sud. Le Canada s'est acquis une réputation d'honnête participant et est en mesure de jouer un rôle de leadership en vue d'une action internationale concertée.

On pourrait citer comme exemple de ce leadership, les appuis que le Canada a reçus par les 25 pays qui ont participé à la sixième Conférence des ministres européens responsables du sport, en vue de faire adopter une charte olympique internationale anti-dopage. Le Canada continue de promouvoir la mise en place de contrôles anti-dopage standardisés, le renforcement des sanctions sportives contre l'Afrique du Sud et l'intensification de la campagne pour l'équité.

La position que nous adoptons cette année est conforme à nos besoins. Tout en restant à la hauteur de nos engagements à l'égard des sports, nous procédons aux rajustements nécessaires en fonction de nos besoins collectifs à long terme.

En même temps, je crois qu'il est essentiellement important pour le bien-être futur de notre collectivité de permettre au juge Dubin de remplir sa mission sans préjuger ni anticiper des résultats.

En conséquence, tout en continuant d'en examiner la portée, nous suspendons la mise en oeuvre et le financement de l'une ou l'autre des recommandations du

[Text]

implications. As an example, we will not make any changes in either the High Performance programming or our carding system for athletes until Mr. Justice Dubin's report is in.

It is my belief that the real challenges for our community lie in the two years ahead.

The major challenge for the sport community and for the nation as a whole will come after Mr. Justice Dubin submits his report. At that time we will be engaged in a fundamental review of the direction and role that sport plays in our community, and the relationship and commitment we have to it.

I believe my department has accomplished a great deal for a relatively small staff of some 110 people. Fitness and Amateur Sport is well-respected by our provincial colleagues and internationally. The federal government will continue to make a valuable contribution to the fields of fitness and amateur sport while accepting a social responsibility to provide support and leadership where warranted.

In conclusion, Mr. Chairman, having spent the last few minutes outlining a selection of the 1989-90 Fitness and Amateur Sport Program objectives and challenges, I would now be happy to respond to any questions or observations the Committee may have concerning our plans for the current fiscal year.

Mr. Charest: Mr. Chairman, the first time the federal government dealt with the issue of fitness and amateur sport was in 1961 when the first piece of legislation—which by the way has since not been changed—was presented to Parliament. Under the terms of the act, the purpose of our program is “to promote, encourage and develop fitness and amateur sport in Canada”.

Very rapidly, you can see that the purpose of the act is to enable the government to act in this area. It is what we qualify as enabling legislation; quite general, and a piece of legislation that from time to time different governments have considered changing, but all in all a piece of legislation that is general and gives us the proper authority by Parliament to be present in the area of fitness and amateur sport.

The department is divided into two directorates, one on the fitness side and the other one on the sports side. I want to speak a bit about the fitness side because it is important. Often, we do not stress enough all the work done by Fitness Canada and all the good work done on that side of the department, for all sorts of reasons.

Maybe members of the committee will want to take that up, but sport often takes the limelight and that is too bad when we consider all the excellent work we have done in this country in the area of fitness.

We had a Canadian Summit on Fitness in 1986, and it sort of laid the groundwork for what we should be doing

[Translation]

rapport du groupe de travail. Par exemple, nous ne ferons aucun changement, soit dans le programme de performance ou du système d'inscription des athlètes d'ici la publication du rapport Dubin.

En ce qui me concerne, j'estime que les deux prochaines années seront cruciales pour notre collectivité.

D'important enjeux attendront à la fois pour les sportifs et pour le public en général, après que le juge Dubin aura présenté son rapport. A ce moment-là, nous entreprendrons un examen fondamental de l'orientation et du rôle que joue le sport dans notre société et des énergies que nous sommes prêts à y consacrer.

Je crois que mon ministère a accompli des choses considérables si l'on tient compte que son effectif n'est que de 110 personnes. Condition physique et Sport amateur a acquis le respect de nos collègues des provinces et de la collectivité internationale. Le gouvernement fédéral continuera d'apporter une contribution importante à la condition physique et au sport amateur tout en assumant la responsabilité sociale de le soutenir et de l'orienter.

Pour terminer, monsieur le président, maintenant que je viens de vous exposer les principaux objectifs et enjeux pour le Programme Condition physique Sport amateur en 1989-1990, je suis prêt à répondre aux questions ou observations du Comité en ce qui concerne nos plans pour le présent exercice.

M. Charest: Monsieur le président, le gouvernement fédéral est intervenu pour la première fois dans le domaine de la condition physique du sport amateur en 1961, lorsqu'il a présenté au Parlement une mesure législative qui, du reste, n'a guère été modifiée depuis. Au terme de cette loi, notre programme vise à «promouvoir, favoriser et développer la condition physique et le sport amateur au Canada».

Vous voyez donc immédiatement que cette loi vise à permettre au gouvernement d'intervenir dans ce domaine. C'est ce que nous appelons une loi habilitante; c'est une loi très générale, que les différents gouvernements ont parfois envisagé de modifier, mais qui finalement, sous l'autorité du Parlement, nous donne le pouvoir d'intervenir dans le domaine de la condition physique et du sport amateur.

Mon ministère se compose de deux directions, celle de la condition physique et celle des sports. Je voudrais tout d'abord parler un peu de la condition physique, car c'est fort important. Pour toutes sortes de raisons, on a tendance à ne pas insister suffisamment sur l'excellent travail réalisé par cette branche du ministère.

Les membres du Comité voudront peut-être revenir là-dessus, mais il faut reconnaître que le sport prend souvent la vedette, et c'est dommage, si l'on considère l'excellent travail réalisé au Canada en matière de condition physique.

En 1986, s'est tenu le Sommet canadien de la condition physique, qui a établi les fondations de ce que notre pays

[Texte]

as a country in the area of fitness in the next few years, and that has helped us set our priorities.

More recently, we made public the Campbell's survey on well-being in Canada, which is a longitudinal study on the level of fitness of Canadians. It is a follow-up of a 1981 study that has revealed some quite interesting information. I want to point out to members of the committee that it is a very good example of private sector and governmental co-operation.

We are very proud of the fact that the Campbell's Company of Canada supported this study. They invested a lot of money into it, and I think they benefited from that initiative and so did we. We have learned a lot on the level of fitness of Canadians.

There is absolutely nothing that compares to this type of study anywhere in the world, Mr. Chairman, and I say that for all those members of the committee now asking themselves whether it is still true that the 60-year-old Swede is in better shape than the 30-year-old Canadian. There is no way of answering those types of questions. Our suspicion is that the 30-year-old Canadian is in pretty good shape compared to where he was in 1981.

Canadians, according to the survey, are in better shape. They are exercising more, and that is very encouraging—although we must add that only one in three Canadians is sufficiently active, according to this study, to enhance his or her cardiovascular health, which is a matter of concern for us.

The study has been carried out by a very important organization which is involved in promoting active lifestyles, the Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, and I want to congratulate them on their work.

In the area of fitness we have identified four target groups, and that is where we have been concentrating a lot of our efforts in the last few months. There is employee fitness and youth, because young people at a certain age in their development for some odd reason just stop exercising until they are 19 years old. I think it is 13 to 19 years old where all of a sudden, there is a very big drop in the level of exercise of young people, and this is a matter of concern. There are seniors, Mr. Chairman, who are a concern for us—and we have some co-operation with the Minister of State for Seniors in that regard—and finally, the disabled.

• 1540

These are the four target groups in the area of fitness whom we are concerned with. As a first step, as a follow-up to the summit and working with the Campbell's survey, we are preparing blueprints for action that will involve government and community efforts in that area directed towards those four target groups.

[Traduction]

devait entreprendre en matière de condition physique au cours des prochaines années, et qui nous a donc aidés à fixer nos priorités.

Plus récemment, nous avons publié les résultats de l'enquête Campbell sur le mieux-être au Canada, consacrée à la condition physique des Canadiens. Elle reprend le thème d'une étude de 1981 qui avait révélé des faits fort intéressants. Je veux indiquer aux membres du Comité qu'il s'agit là d'un excellent exemple de coopération entre les secteurs privé et public.

Je suis très fier de ce que la Société Campbell du Canada ait apporté son appui à cette étude. Elle y a investi énormément d'argent, et je pense qu'elle en a profité au même titre que nous. Nous avons beaucoup appris sur la condition physique des Canadiens.

Il s'agit d'une étude qui n'a pas son pareil dans le monde entier, monsieur le président, et je le signale pour les membres du Comité qui se demandent s'il est encore vrai que le Suédois de 60 ans est en meilleure forme physique que le Canadien de 30 ans. Voilà le genre de questions auxquelles il est impossible de répondre. Par contre nous pouvons dire que le Canadien de 30 ans est probablement aujourd'hui en bien meilleure forme qu'en 1981.

D'après l'étude, la forme des Canadiens s'est améliorée. Ils font davantage d'exercice, et c'est très encourageant, même s'il faut ajouter que seulement un Canadien sur trois s'adonne suffisamment à l'activité physique pour améliorer son système cardio-vasculaire; naturellement, cette question nous préoccupe tous.

L'étude a été réalisée par un organisme très important, qui se consacre à la promotion de saines habitudes de vie; il s'agit de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, que je tiens à féliciter pour son excellent travail.

Dans le domaine de la condition physique, nous avons désigné quatre groupes cibles, auxquels nous avons principalement consacré nos efforts au cours des derniers mois. On trouve tout d'abord les employés et les jeunes, car ils se trouvent qu'à un certain stade de leur croissance, les jeunes abandonnent la pratique de l'exercice physique jusqu'à l'âge de 19 ans. Je crois que cette période va de 13 à 19 ans; on note une très forte diminution de l'activité physique dans cette tranche d'âge, et cette réalité nous inquiète. Le troisième groupe, monsieur le président, est celui des personnes âgées; nous avons bénéficié à son sujet de la coopération du ministre d'État aux personnes âgées. Le dernier groupe est celui des personnes handicapées.

Voilà donc les quatre groupes cibles qui nous intéressent le plus dans le domaine de la condition physique. Pour donner suite au sommet et aux conclusions de l'enquête Campbell, nous allons, dans un premier temps, préparer des plans d'action prévoyant une action conjointe de la part du gouvernement et des diverses collectivités vis-à-vis de ces quatre groupes cibles.

[Text]

Among one of the most successful things that we are doing now is a project called Canada Fitweek. The government put it forward seven or eight years ago. It started as a very small project and is also very unique in its kind in the world. It is probably the biggest celebration of physical activity world-wide. Last year 7.5 million Canadians participated in Canada Fitweek. This year we expect that approximately 8 million Canadians will have participated. There are about 17,000 official events during Canada Fitweek. The whole idea behind Canada Fitweek is to promote fitness as something that is interesting and fun to do and something that is not necessarily boring. We try to go out and do that in co-operation with the private sector.

A lot of private sector companies have come on board in the last few years as sponsors for Canada Fitweek. It has been a very successful association. One example of that is Sneaker Day. We launched national Sneaker Day. We did it this year on Parliament Hill. Some of our members of all parties were there. We invite Canadians to wear their sneakers on that day. It is a day that is sponsored by the Paris Company of Canada. It has been a pretty big success. We are very proud of it.

We are also proud of the fact that what we are doing in that area inspires other countries to the point where in 1989 for the first time we had the Canada-U.S.S.R. Winter Fit-Trek. It is a quite interesting concept. It was an opportunity for Canada to lend its expertise to the U.S.S.R..

To offer them an example of how it is done, we had friendly competitions between cities in Canada that had winter festivals with cities in the U.S.S.R.. We had a friendly competition in the area of fitness. The City of Ottawa was paired with a city in the U.S.S.R. during Winterlude. Canadians signed up for 15 minutes of physical activity. We did a common walk towards the moon. That was the concept. It was very original.

We tend to look at this in a light fashion, but I am told and informed that it was a very popular event in the U.S.S.R.. It is good for relations between both countries, and it is a good, fun way of encouraging fitness for Canadians. It is also an opportunity for us to get a look at how other people behave and how they deal with fitness in the winter time. That was the whole sense of it.

We gave it a name: we called it *fit-nost*, which was the fitness equivalent of *glasnost*. I will even admit, Mr. Chairman, that we actually had fun doing it.

Une voix: Comment dit-on cela en français?

[Translation]

L'un des projets qui a remporté le plus de succès est celui de la semaine «Canada en forme». Il a été lancé par le gouvernement il y a sept ou huit ans. Au départ, c'était un tout petit projet; il convient également de vous faire remarquer qu'il est tout à fait unique au monde. C'est probablement la plus grande célébration de l'activité physique dans le monde entier. L'an dernier, 7,5 millions de Canadiens ont participé aux activités officielles, qui se chiffrent à environ 17,000, de la semaine «Canada en forme». L'idée de la semaine «Canada en forme» est justement d'encourager les gens à se tenir en forme en présentant l'activité physique comme quelque chose d'intéressant et d'amusant, qui n'est pas nécessairement ennuyeux. Nous essayons d'organiser nos activités en collaboration avec le secteur privé.

Depuis quelques années, bon nombre de compagnies du secteur privé ont parrainé certaines activités officielles de la semaine «Canada en forme». Cette collaboration s'est avérée fructueuse. Je pourrais d'ailleurs vous citer l'exemple de la journée nationale de l'espadrille, que nous avons lancée cette année sur la Colline du Parlement. Un certain nombre de députés de tous les partis y étaient. Ce jour-là, nous invitons tous les Canadiens à porter des espadrilles. C'est une journée parrainée par la compagnie Paris du Canada. Ce projet a été vraiment couronné de succès, et nous en sommes très fiers.

Nous sommes également fiers du fait que nos activités dans ce secteur-là encouragent la participation d'autres pays, à tel point que nous avons pu créer l'aventure physique Canada-U.R.S.S. de l'hiver 1989. C'est un concept assez intéressant, et ce fut l'occasion pour le Canada de faire bénéficier l'U.R.S.S. de ses connaissances dans le domaine.

Afin de leur montrer comment nous organisons nos activités, nous avons tenu des concours amicaux entre un certain nombre de villes canadiennes ayant des festivals d'hiver et un certain nombre de villes d'U.R.S.S. Ce fut l'occasion d'une compétition amicale. Pendant le Bal de Neige, la ville d'Ottawa et une ville en U.R.S.S. ont été jumelées. Les gens se sont inscrits pour faire 15 minutes d'exercice physique. Ensemble nous avons fait ce que nous avons appelé une promenade vers la lune. C'était cela le concept—un concept, d'ailleurs très original.

Nous avons tendance à prendre tout cela à la légère, mais d'après ce qu'on m'a dit, toutes ces activités ont été très appréciées en U.R.S.S. C'est positif du point de vue des rapports entre les deux pays, et c'est une façon amusante d'encourager les Canadiens à se tenir en forme. C'est également l'occasion pour nous de voir comment les gens vivent ailleurs et comment ils font pour se tenir en forme pendant l'hiver. C'était cela l'idée.

Nous avons appelé cela «fit-nost», c'est-à-dire l'équivalent de la *glasnot* dans le domaine de la condition physique. J'avoue, monsieur le président, que nous nous sommes bien amusés.

An hon. member: How do you say that in French?

[Texte]

M. Charest: Je ne sais pas comment on pourrait appeler cela en français. «Formost» peut-être? Enfin, on aura l'occasion d'en discuter.

Il y a aussi un programme qui s'appelle *Sport for all* en anglais et «Sport pour tous» en français. Sur le plan mondial, il y a certaines initiatives qui cherchent à faire la promotion des sports pour les masses, pour les populations. Il s'agit d'aller au-delà des sports d'élite qui souvent attirent notre attention, toujours dans le but de faire en sorte que les gens soient en meilleure forme physique.

Vous savez, monsieur le président et chers membres du Comité, qu'un des buts importants de ces initiatives est de faire en sorte que les gens soient en meilleure forme physique pour qu'ils puissent jouir davantage de la vie, de chaque dimension de leur vie, et aussi parce qu'il doit y avoir un lien entre le degré de forme physique et nos coûts de soins de santé. Cependant, il faut faire attention. On me disait récemment que ce lien n'est pas évident. Aujourd'hui, personne ne peut faire la preuve de manière empirique que, si beaucoup plus de gens faisaient de l'exercice physique, on pourrait calculer à un cent près que, dans 10 ans, cela va nous coûter beaucoup moins cher. On peut le présumer car le gros bon sens semble nous indiquer que ce serait le cas, surtout lorsqu'on pense à certaines maladies qu'on peut facilement identifier, comme les maladies reliées à l'usage du tabac. On sait que cela cause certaines maladies, des cancers du poumon, etc. Le fait de ne pas très bien manger peut causer des problèmes cardio-vasculaires. Par exemple, on boit souvent trop de café. On fait ces liens-là, mais je ne voudrais pas vous donner l'impression qu'on a pu prouver de façon empirique qu'il va y avoir des économies substantielles, au dollars près. Il semble, en toute honnêteté, qu'il n'est peut-être pas possible de faire cela, mais il semble qu'il y ait des liens évidents que l'ensemble des intervenants de ces milieux-là reconnaissent.

• 1545

Je veux parler brièvement de PARTICIPaction. PARTICIPaction est une histoire à succès qui est maintenant entrée dans la culture au Canada. Je pense que personne au Canada, aujourd'hui, ne connaît pas PARTICIPaction. Cela existe depuis plusieurs années. Le gouvernement fédéral, par le biais du côté Condition physique du Ministère, leur accorde une subvention annuelle d'environ 1 million de dollars. Un conseil d'administration, composé de représentants de tous les milieux, prend cette somme et la multiplie plusieurs fois en publicité avec la collaboration des différents médias électroniques et écrits. C'est une collaboration typiquement canadienne, une histoire à succès formidable. Malheureusement, on ne sait pas très bien jusqu'à quel point c'est une histoire à succès. Je pense sincèrement que cela a eu un impact sur la population.

Certains sondages—je ne peux pas vous dire lesquels—indiquent clairement à quel point PARTICIPaction est

[Traduction]

Mr. Charest: I don't know exactly what the term would be in French. "Formost" perhaps? Anyway, we will have ample opportunity to discuss that.

There is also a program called *Sport for All*, or "Sport pour tous" in French. On the international scene, there are a number of initiatives intended to promote sports among average people. The idea is to go beyond the elite sports that often attract our attention, again with the view to ensuring that people are in better physical condition.

As you know, Mr. Chairman, and members of the Committee, one of the important goals of these initiatives is to increase people's fitness levels so that they can get more enjoyment out of life, every aspect of their life, and also because there has to be a link between how fit we are and our health care costs. But we must be careful. Someone was saying to me recently that that link is not a clear one. Nowadays no one could prove empirically that if more people did more exercise, we could calculate down to the last cent that in ten years, our health care costs would be far lower. But common sense alone tells us that must be true, particularly if we're talking about certain illnesses that can easily be identified, such as those related to smoking. We know that smoking does cause certain health problems, such as lung cancer. We know that an improper diet can lead to cardio-vascular problems. People, for example, often drink too much coffee. We are making those links now, although I would not want to leave you with the impression that we have been able to prove empirically that there will be substantial savings, in dollar amounts. To be perfectly frank, it may not be possible to do that. But most people working in these fields seem to agree that there are clear links between the two.

I would like to speak very briefly about Participation. Participation is a real success story which is now part of our Canadian culture. I don't believe there's anyone in Canada today who doesn't know about Participation. This program has been around now for a number of years. Through the Fitness Canada Directorate of the department, the federal government provides an annual grant of about \$1 million. A board of directors, whose members represent all the appropriate groups and communities takes that sum and doubles or triples it with the cooperation of the various written and electronic media for the purposes of advertising. This is a typically Canadian kind of cooperation, a tremendous success story. Unfortunately, we have not been able to really measure just how successful it has been. But I sincerely believe it has had an impact on Canadians.

Some surveys—and I can't tell you which ones—clearly show just how well-known Participation is to Canadians.

[Text]

connu des Canadiens et Canadiennes. C'est très impressionnant. C'est une histoire à succès pour l'ensemble des gouvernements qui ont su encourager PARTICIPaction, et je veux le souligner.

Du côté Sport amateur, il se passe beaucoup de choses, mais avant de quitter Condition physique, je dois répéter qu'on n'en parle pas suffisamment. Il y a des histoires à succès très importantes du côté Condition physique du Ministère même si ce n'est pas le volet qui reçoit le plus d'argent. Je veux signaler aux membres du Comité à quel point les gens du Ministère ont su faire preuve de créativité dans l'élaboration de leurs programmes. La Semaine de la condition physique est aujourd'hui une collaboration de toutes les provinces, d'au-delà de 20 organisations nationales à but non lucratif et du secteur privé. C'est probablement l'exemple le plus éclatant de tout le travail qui s'est fait par les fonctionnaires de ce côté-là de mon Ministère, sous différents gouvernements. Il faut dire que ce n'est pas quelque chose qui est arrivé parce qu'on a été élus en 1984. Le travail avait commencé bien avant, et c'est une histoire à succès. Ces gens-là méritent notre reconnaissance pour avoir su nous présenter l'élément condition physique avec autant de créativité.

Du côté Sport amateur, inutile de vous dire que ce secteur fait l'objet de beaucoup d'attention depuis quelques mois. On sait pourquoi la commission d'enquête de M. le juge Dubin siège. Il s'est fait beaucoup de révélations devant la Commission Dubin. Le gouvernement suit cela de très près. J'ai moi-même dit à plusieurs reprises que je n'avais pas l'intention de commenter la preuve présentée devant la Commission Dubin au jour le jour. Ce ne serait pas sage de le faire. Étant membre d'un gouvernement qui a pris la décision de former une commission d'enquête, je dois être conséquent avec moi-même et laisser la commission faire son travail.

Hier, j'ai fait une exception à la règle, parce que je pense que les circonstances exigeaient que le ministre fasse un commentaire. La presse le demandait. Le témoignage d'un témoin clé devant la Commission est une circonstance où on peut se permettre de commenter, mais en général, je n'ai pas l'intention de commenter la preuve, d'autant plus que, comme lors de toute commission d'enquête royale, il faut attendre que l'ensemble de la preuve soit entendu, que les contre-interrogatoires soient faits avant de se faire une idée. C'est plus facile à dire qu'à faire, surtout lorsqu'il faut dire aux gens qu'il faut attendre que toute la preuve soit entendue avant de se faire une idée. Mais enfin, si on veut être conséquent avec soi-même, il faut faire un effort spécial de discipline.

Je veux prendre quelques secondes pour remercier mes critiques en matière de sport. Je pense que c'est un bon exemple de collaboration. J'ai offert à mes critiques l'occasion de rencontrer les fonctionnaires de mon Ministère, de leur donner des «brefpages» sur ces questions-

[Translation]

The figures are very impressive. It has been a success story for all governments who have encouraged Participaction, and I wanted to underscore that fact.

In terms of amateur sport, there are a number of things happening, but before I leave the area of fitness, I just want to say once again that we don't talk about it enough. The Fitness Canada Directorate of the department has had some major successes even though this is not the activity that receives the most funding. I would just like Committee members to know how creative our departmental people have been in developing programs. Canada's Fitweek is now a project involving the cooperation of all the provinces and more than 20 non-profit and private sector national organizations. It is probably the most striking example of the tremendous work being done by officials not only from my department, but various other government ministries. I should also say that this is not something that started when we were elected in 1984. The work did, in fact, begin long before, and it has been a tremendous success story. Those people deserve our thanks for having found ways to get the fitness message across so creatively.

In terms of amateur sport, there is no need for me to tell you that this area has attracted a great deal of attention in the last few months. We all know why the Commission of Inquiry presided by Justice Dubin was established. There have been quite a few revelations before the Dubin Inquiry, and the government is following developments very closely. I myself said a couple of times that I had no intention of commenting on evidence put before the Dubin Commission on a daily basis. That would not be wise. As a member of a government that decided to establish a commission of inquiry, I must be consistent and allow the Commission to do its work.

Yesterday I made an exception to the rule, because I believed the circumstances warranted a comment from the Minister. The press was demanding it. When a key witness testifies before the Commission, that could be considered a special circumstance where comment might be warranted, but generally speaking, I have no intention of commenting on evidence, particularly since—and this is the case with any Royal Commission of Inquiry—one really has to wait until all the evidence has been heard and all the cross-examination has taken place before one can get the complete picture. But that is easier said than done, particularly when you have to keep telling people that you want to wait until all the evidence has been heard before making any comment. But in order to ensure consistency, I think one has to make a special effort at self-discipline.

I would just like to take a few seconds to thank my critics in the field of sports. I think this is a good example of cooperation. I offered my critics the opportunity to meet with officials from my department, so that they could be briefed on all these matters. Since the Dubin

[Texte]

là. Depuis que la Commission Dubin fait son travail et depuis que la Chambre a repris ses travaux, il y a un bon niveau de collaboration. Ce n'est pas parfait, monsieur le président, et je suis le premier à avouer qu'il y a parfois des désaccords entre nous, mais je veux quand même souligner l'esprit dans lequel on travaille. Je pense que c'est un esprit constructif.

Cette année, notre budget a été réduit, dans l'ensemble, d'environ 4 p. 100. Bien sûr, comme ministre, on préfère toujours une augmentation à une réduction. Cependant, à titre de membre du gouvernement, j'adhère sans aucune espèce d'hésitation à l'objectif fixé qui est de faire en sorte que nous puissions reprendre le contrôle de nos finances publiques. Je pense que le ministère d'État à la Condition physique et au Sport amateur doit faire sa part, comme tous les autres ministères.

• 1550

Donc, on a eu une réduction budgétaire de 4 p. 100. Ce n'est pas si mal. Je pense que c'est raisonnable dans les circonstances. Je ne m'attends pas à ce que les membres de l'opposition nous disent la même chose, mais, dans les circonstances, je pense que c'est raisonnable.

After the budget exercise I tried to stress the fact that the government at this point has its priorities in the area of finance and deficit reduction, and I think we are dealing with it as well as we can. Generally in presenting our case, I have tried to illustrate it by saying to Canadians that we get the impression we are governing a little less after November 21 than we did after September 4, the reason being that our deficit is going up, the debt is going up, and more and more tax money goes towards paying the debt. I think 35¢ on every tax dollar this year goes to interest on the debt, and it was 32¢ in 1984; 20 years ago, in 1969, I think it was 12¢.

So my own personal feeling is that if that is the case, when you are elected after November 21 and money is going to an item you cannot touch, you govern a little less. In French we say *gouverner c'est choisir*, and that is why I think it is important that we deal with it and that every department does its share.

But even though the department has had a 4% overall reduction in funding, that takes nothing away from the fact that we do make choices—*gouverner c'est choisir*, nous faisons donc des choix—and we have made a certain number of choices. A certain number of items require some attention, and we have addressed those items in our budgetary exercise.

We have decided this year to increase the amount of money going towards doping, Mr. Chairman. In fact, I

[Traduction]

Commission has begun its work and the House is back in session, there has been good cooperation. Things are not perfect. Mr. Chairman, and I would be the first to admit that we do not always agree. But I think it's important to point out the spirit of cooperation that does exist. I think it's very constructive.

This year, our overall budget has been reduced by about 4%. Of course, any minister always prefers an increase to a reduction. However, as a government member, I have no hesitation in supporting the goal that we have set for ourselves, which is to do whatever is necessary to regain control over our public finances. I believe the Minister of State for Fitness and Amateur Sport must do his share, just as all the other departments must.

So, our departmental budget was cut by 4%. But that is not too bad. I suppose it is reasonable under the circumstances. I do not expect Opposition Members to agree with me, but under the circumstances, I do think it is reasonable.

Après la détermination des budgets, j'ai essayé d'insister sur le fait que la priorité actuelle du gouvernement est sa situation financière et la réduction du déficit, et je pense que nous nous attaquons au problème aussi efficacement que possible. Quand j'essaie de défendre l'action du gouvernement, j'explique aux Canadiens que nous avons l'impression de moins gouverner depuis le 21 novembre, par rapport à la période qui a suivi le 4 septembre, et c'est parce que notre déficit et notre dette sont à la hausse, et les revenus provenant des impôts servent de plus en plus à payer notre dette. Cette année, je pense que 35c. sur chaque dollar de recettes fiscales servent à payer les intérêts sur notre dette nationale; en 1984, c'était 32c.; il y a 20 ans, en 1969, je crois, c'était 12.

Alors, pour moi, lorsqu'on a été élu le 21 novembre et qu'on s'est rendu compte qu'une certaine proportion de nos recettes fiscales n'étaient tout simplement pas disponibles, on a dû se contenter de gouverner un peu moins. En français, on dit «gouverner, c'est choisir», et voilà pourquoi je pense qu'il importe de venir aux prises avec ce problème et de s'assurer que tous les ministères font leur part.

Même si le budget de notre ministère a été réduit d'une manière générale de 4 p. 100, nous avons toujours à faire des choix—gouverner, c'est choisir, nous faisons donc des choix—et nous avons effectivement fait un certain nombre de choix. Certaines questions méritaient notre attention, et nous les avons justement abordées dans notre budget.

Nous avons décidé cette année d'accroître le financement des activités anti-doping, monsieur le

[Text]

think we will just about double the budget from \$0.5 million to \$1 million.

Another area in which we intend to increase resources is the Fair Play Commission, which was put together in 1986, I believe, by Mr. Otto Jelinek. It deals with the issues of fair play in sport and the basic values of sport. They have been very active in the area of minor hockey. Also, we have had some private sector co-operation in that area. Shoppers Drug Mart has launched a major campaign with us and with some hockey players. I think there is very promising co-operation between Shoppers Drug Mart and the federal government and the Fair Play Commission, and because we place a high priority on the commission, we intend to increase their resources this year.

Also, one initiative that has worked fairly well is the Sport Marketing Council. The Sport Marketing Council was put forward also in 1986, I believe, having as an objective to increase the level of participation of the private sector in the funding of amateur sport in this country. The council tries to create marriages of interest between either an amateur sport federation or special event and private sector companies that need a marketing tool. They have tried to create more opportunities or at least make the opportunities in the area of sport more known to those companies that may be interested.

I think it was very intuitive on the part of my predecessor to put the Sport Marketing Council together. It is obvious to me that, as we look forward in time to what the financial resources will be in the next few years and what the needs will be on the other hand, it is obvious that government will never have enough money to be able to pay for all the things the sport community may want or hope for, and for that reason we have to try to create situations where other partners are involved. The Sport Marketing Council has done well, and we intend to increase their funding this year.

But there will also be some changes in our funding patterns because of games missions. As you know, the Commonwealth Games in 1990 will be in New Zealand, and when the games come on it means extra spending for the department to put together the missions. The francophone games will be happening in Morocco this summer. Also, more Olympic sports are coming onstream, and that will mean extra expenses and not necessarily more money to do it. There will be more summer sports and more winter sports, and we will have to deal with that.

[Translation]

président. En fait, je pense que nous allons plus ou moins doubler ce budget, en le faisant passer de 0,5 million de dollars à 1 million de dollars.

Un autre domaine qui bénéficiera d'un financement accru est celui de la Commission pour l'esprit sportif, dont l'initiative a été prise en 1986, je crois, par M. Otto Jelinek. Ses activités portent sur l'esprit sportif et sur les valeurs fondamentales du sport. Les membres de la Commission ont été très actifs dans le domaine du hockey mineur, où, d'ailleurs, nous avons réussi à obtenir une certaine collaboration du secteur privé. La compagnie Shoppers Drug Mart a lancé une grande campagne avec nous et avec un certain nombre de joueurs de hockey. Je pense que la collaboration entre Shoppers Drug Mart, le gouvernement fédéral et la Commission pour l'esprit sportif promet beaucoup; et comme les activités de cette dernière nous semblent vraiment prioritaires, nous avons l'intention d'accroître ses ressources financières cette année.

Une autre initiative qui a eu pas mal de succès, est le Conseil de promotion sportive. Ce conseil a également été créé en 1986, si je ne m'abuse, afin de faire accroître la participation du secteur privé au financement du sport amateur au Canada. Le Conseil essaie de marier les intérêts soit d'une fédération de sport amateur, soit d'un événement spécial avec ceux des compagnies du secteur privé qui ont besoin d'un outil de commercialisation. Il a essayé de créer d'autres possibilités de commercialisation ou, du moins, d'informer les compagnies privées qui pourraient s'y intéresser des possibilités qui existent dans le domaine du sport.

Je pense que mon prédécesseur a fait preuve de beaucoup d'intuition lorsqu'il a décidé de créer ce Conseil de promotion sportive. Pour moi, il est clair, si l'on parle des ressources financières dont on disposera dans les années qui viennent et les besoins des collectivités sportives, que le gouvernement n'aura jamais suffisamment de fonds pour donner suite à toutes les demandes de la communauté sportive. Voilà pourquoi nous devons essayer de faire participer d'autres personnes. Le Conseil de promotion sportive a eu beaucoup de succès, et nous avons donc l'intention d'accroître son financement cette année.

Mais certains changements budgétaires s'avèreront inévitables en raison des missions qui seront envoyées aux divers jeux. Comme vous le savez, les jeux du Commonwealth de 1990 se dérouleront en Nouvelle-Zélande, et à ce moment-là, les dépenses relatives à la création de ces missions devront être supportées par le ministère. Les jeux francophones auront lieu au Maroc cet été. De plus, d'autres sports olympiques sont en train d'être créés, ce qui signifie que nos dépenses augmenteront sans qu'on ait nécessairement les fonds voulus. Il va y avoir davantage de sports d'été et de sports d'hiver, et nous allons devoir aborder cette question-là.

[Texte]

• 1555

One of the pieces of good news out of budgetary exercise, Mr. Chairman, is the fact that the Best Ever program that was put together in 1983, a program designed to help develop high-performance athletes for the Olympic Games, has been not only renewed but included in the A-base budget of the department.

This a program that had been renewed every quadrennial—four years. The department works on a quadrennial plan. The Best Ever program has been included in the A-base, and this has been good news for the sports community, which waited very patiently for the budget and for that decision to come forth.

There has been a task force report on the year 2000 in sport that has been presented to the government, and we proceeded with consultations before the Seoul Olympics on the task force report that makes a certain number of recommendations to the government.

In the context of the Dubin inquiry, I have chosen to put the task force report aside for now and wait until Mr. Justice Dubin reports to the government before acting upon the recommendations contained within the task force report on the year 2000.

I think it is important, Mr. Chairman, that we take the time to look at both the task force report and the Dubin inquiry recommendations together in light of how one may interact with the other, and to have a sober look at how one may have an impact upon the other.

There may be some issues brought up by Mr. Justice Dubin that bring into question some of the recommendations put forth in the task force report and I think a prudent course for us, as a government, would be to wait until Mr. Justice Dubin reports. Hopefully, it will be done in a way which will enable us to act rapidly.

Very rapidly, there are quadrennial evaluations made by the department because our whole work is done on a four-year cycle, which is consistent with the Olympic cycle.

There has been a high-performance symposium out of which the government has drawn some information and recommendations. There is an International Relations Directorate that has been put together as late as 1987, and that is to enhance Canada's role at the international level.

Many things have happened, in fact, especially in the last year. We had the first world-permanent conference on anti-doping in sports in June 1988 in Ottawa, which was a success. Out of that conference came the Anti-Doping Charter. This conference was put together in co-operation with the IOC, represented by the Vice-President, Prince Alexandre De Merode.

Canada decided to promote the results of charter to other governments and we have been fairly successful at that; we have done well. The other day, I made a

[Traduction]

L'un des éléments positifs de l'exercice budgétaire, monsieur le président, c'est le fait que le Programme des meilleurs athlètes créé en 1983 pour venir en aide aux athlètes de premier plan qui se destinent aux jeux olympiques, a été non seulement renouvelé, mais intégré dans la base A du budget du ministère.

Ce programme est renouvelé tous les quatre ans. Le ministère travaille donc selon un plan quadriennal. Le programme des meilleurs athlètes a été intégré dans la base A, ce qui devrait satisfaire la communauté sportive, qui avait hâte que nous prenions cette décision pour pouvoir bénéficier de fonds dont elle a besoin.

Un groupe de travail a présenté au gouvernement un rapport sur les perspectives de l'an 2,000 dans le domaine sportif, et avant les jeux Olympiques de Séoul, nous avons procédé à des consultations sur les conclusions de ce rapport, qui recommande au gouvernement un certain nombre de mesures.

Dans le contexte de l'enquête Dubin, j'ai préféré mettre ce rapport de côté jusqu'à ce que le juge Dubin présente son rapport au gouvernement; nous pourrions alors donner suite aux recommandations du groupe de travail concernant la scène sportive de l'an 2,000.

Il me semble essentiel, monsieur le président, de prendre le temps de considérer conjointement les conclusions de ce rapport et celles de l'enquête Dubin de façon à bien saisir leur interaction.

Il se pourrait que le juge Dubin évoque des questions qui jettent un doute sur certaines recommandations du groupe de travail, et par mesure de prudence, il incombe au gouvernement d'attendre le dépôt du rapport du juge Dubin. Nous pouvons du reste espérer que cela ne nous empêchera pas d'agir rapidement.

En effet, nous devons respecter les délais des évaluations quadriennales effectuées par notre ministère, qui fonctionne selon un cycle de quatre ans correspondant à l'échéance olympique.

Il y a quelque temps s'est déroulé un symposium sur le sport de haute performance, dont les recommandations ont été prises en considération par le gouvernement. Nous avons constitué en 1987 une direction des relations internationales, qui vise à renforcer la position du Canada au niveau international.

Dans le domaine sportif, l'actualité a été riche en événements, en particulier l'année dernière. La première conférence permanente mondiale sur la lutte anti-doping dans les sports s'est tenue en juin 1988 à Ottawa; ses résultats très positifs ont débouché sur l'adoption de la charte anti-dopage. Cette conférence avait été organisée avec la collaboration du CIO, représenté par son vice-président, le prince Alexandre De Merode.

Le Canada a décidé d'assurer la promotion de la charte auprès des autres gouvernements et obtient dans ce domaine de bons résultats. L'autre jour, j'ai fait une

[Text]

statement in the House of Commons on that issue because I felt it was important for Canadians to know what we have done at that level.

These are things that have been happening, that were in the system before the Seoul Olympics. It is important to stress this.

One of the reasons why Canada assumes this leadership role in the area of anti-doping world-wide, Mr. Chairman, is because in 1985 we brought in probably one of the most severe policies in the area of doping, obviously.

The counterpart to that, the counterweight, is to accept the fact, the argument that if Canadian athletes have to work under these rules, it is only reasonable that we, as a country and as a government, would try to ensure that other countries abide by the same rules.

So we have had an opportunity to test our resolve in our principles to promote the charter, and the Council of Europe adopted the principles of the charter about two weeks ago—the Council of Europe being the sport ministers of Europe.

In Moscow, on November 21, 1988—I was not there, of course, and most of us were busy doing something else—the charter was presented to the UNESCO meeting of ministers of sport, which is the largest forum in the world of sport ministers, and it was adopted by them. So we are doing well on that front.

You may have heard that in Barcelona, the IOC met and had been doing the work on their side towards their sport federations.

That is a very rapid look at what we are doing. I have already taken up too much time of the committee with my own presentation, so I will let members ask questions, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister. We do appreciate the comments you have made and the time you have taken to be with us.

Mr. Charest: It is not often, Mr. Chairman, that I give speeches and people actually just fall out of their seats. I want to get that on record—

Some hon. members: Oh, oh.

Mrs. Clancy (Halifax): It should go on record: that was the press and not the opposition.

• 1600

Mr. Charest: Mr. Brewin says it may never happen again. I am sure it will never happen again.

The Chairman: If it is any consolation, we were testing the fitness of this committee this week. We met with the

[Translation]

déclaration à ce sujet à la Chambre des communes, car il m'importe que les Canadiens en soient informés

Voilà donc un certain nombre de mesures qui ont été prises avant les jeux olympiques de Séoul. Il faut le souligner.

Si le Canada joue ce rôle de leader dans la lutte anti-dopage à l'échelle mondiale, monsieur le président, c'est naturellement parce qu'il a adopté en 1985 une politique très sévère en la matière.

En contre-partie de cette politique à laquelle sont assujettis les athlètes canadiens, le Canada s'efforce d'amener les autres pays à se soumettre aux mêmes règles.

Nous avons donc eu l'occasion de mettre notre résolution à l'épreuve pour assurer la promotion de la charte, dont les principes ont été adoptés il y a environ deux semaines par le Conseil de l'Europe, qui fait office de ministère des Sports pour l'ensemble de la communauté européenne.

C'est à Moscou, le 21 novembre 1988—je n'y étais pas, naturellement, car comme la plupart d'entre vous, j'avais autre chose à faire—c'est donc à Moscou que la charte a été présentée à la réunion des ministres des Sports de l'UNESCO, qui constitue la plus vaste tribune mondiale de responsables politiques des sports, et où notre charte a été adoptée. Nous enregistrons donc dans ce domaine des progrès intéressants.

Vous avez peut-être appris que le CIO s'est réuni à Barcelone et qu'il est intervenu de son côté auprès des fédérations sportives.

Voilà donc un aperçu rapide de ce que nous faisons. J'ai déjà accaparé une trop grande partie de la séance, c'est pourquoi je vais maintenant me soumettre aux questions des membres du Comité, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup, monsieur le ministre. Nous avons beaucoup apprécié votre intervention et nous vous remercions de nous consacrer une partie de votre temps.

M. Charest: Il est rare, monsieur le président, que certains trouvent mes discours renversants au point de tomber de leur chaise. Je tenais à le signaler pour le compte-rendu. . .

Des voix: Oh, oh.

Mme Clancy (Halifax): Je signale, pour le compte-rendu, que c'est un journaliste, et non un membre de l'opposition, qui est tombé de sa chaise.

M. Charest: M. Brewin dit que cela peut fort bien ne jamais se reproduire. Quant à moi, je suis sûr que cela ne se reproduira pas.

Le président: A titre de consolation, je signale que cette semaine, nous mettons à l'épreuve la condition physique

[Texte]

minister yesterday, and we have another meeting tomorrow morning. I am sure some of the committee members wonder what they have got themselves into. However, we do appreciate the areas you have raised. Certainly a lot of questions, I am sure, will be triggered by the responses you have given us.

I would again suggest to members that the minister did make his views known in the area of the Dubin inquiry. I would ask if you would use some consideration in your questioning relating to that subject. However, I am sure that members will use the discretion they are so well renowned for in this committee.

At this time we would move to the first questioner. We will go to, as I mentioned earlier, a 10-minute round from each of the parties, followed by 5 minutes, until we give everyone who wishes to question the minister or witnesses their opportunity.

Mr. Kilgour (Edmonton Southeast): I would like to begin by welcoming the minister, the deputy minister and members of his staff. With regard to your opening remarks, Mr. Chairman, not being full-time members of the committee, hopefully you will find us as co-operative. Certainly the minister has left us enough time for questions. Certainly there has been a great spirit of co-operation, but we do fundamentally agree to disagree.

Recently officials of Sports Canada promulgated a much revised policy document that mathematically classified sports into categories for funding decisions. I understand that a good number—and a majority, possibly—of the national sporting organizations are much opposed to this policy for several reasons, some of those being that there was no consultation with them on its formulation, that it has been applied retroactively, and that the validity of the quantitative method as used are questionable. It further seems to promote a medal-count philosophy. It is not being applied fairly to all agencies receiving public funding. Finally, it is incomplete in that the revisions are not in keeping with the recommendations of the task force report.

I would ask the minister, firstly, if he is aware of the deep concerns of the sport community about this policy. If so, would he be prepared to consider a re-evaluation of this policy?

Mr. Charest: I am aware of the concerns that have been voiced by the sport community. I may add as a question of context that the sport community has been under a great deal of stress over the last few months, for reasons that we know. The whole inquiry has in some cases brought into question a lot of things that we took for granted a while ago. The budget exercise certainly was no help in that regard.

I am sorry to say that circumstances are such that the budget in the case of the sport community could not be

[Traduction]

du Comité. Nous avons rencontré le ministre hier et nous aurons une autre séance demain matin. Certains membres se demandent sans doute dans quel guêpier ils sont tombés. Néanmoins, nous trouvons tous très intéressants les sujets que vous avez abordés, et qui ne manqueront pas de susciter un feu nourri de questions.

Le ministre nous a parlé de la situation créée par l'enquête Dubin. Je vous demande d'en tenir compte dans vos questions, et je suis sûr que vous saurez faire preuve de la discrétion qui a fait le renom de notre comité.

Nous allons maintenant passer à la première question. Comme je l'ai dit tout à l'heure, il y aura un premier tour de dix minutes pour chacun des partis, puis un tour de cinq minutes, jusqu'à ce que chacun ait pu interroger le ministre.

M. Kilgour (Edmonton-Sud-Est): Je voudrais tout d'abord souhaiter la bienvenue au ministre, au sous-ministre et à leurs collaborateurs. En ce qui concerne vos observations, monsieur le président, nous devons faire preuve de bonne volonté, d'autant plus que nous ne sommes pas membres du Comité à plein temps. Le ministre a réservé une période assez longue pour les questions, et bien que ce soit là une preuve de sa bonne volonté, nous sommes d'accord, quant à nous, pour ne pas être d'accord.

Récemment, les fonctionnaires de Sport Canada ont fait paraître un énoncé de politique remanié, qui classait les sports en différentes catégories à des fins de financement. Pour autant que je le sache, un grand nombre d'organisations nationales, sinon la majorité d'entre elles, s'opposent à cette politique pour différentes raisons, notamment parce qu'elle n'a donné lieu à aucune concertation, parce qu'elle s'applique rétroactivement, et parce qu'il y a lieu de s'interroger sur la validité des méthodes quantitatives auxquelles elle fait appel. De surcroît, on semble vouloir s'en tenir au décompte des médailles; les mesures ne s'appliquent pas de façon uniforme à l'ensemble des organismes qui bénéficient de fonds publics, et enfin, la politique est incomplète dans la mesure où ces nouveaux éléments ne sont pas conformes aux recommandations du rapport du groupe du travail.

Je voudrais tout d'abord demander au ministre s'il connaît les préoccupations suscitées dans les milieux sportifs par cette politique, et dans l'affirmative, serait-il disposé à la reconsidérer?

M. Charest: Je connais les inquiétudes exprimées par les milieux sportifs. Pour situer le problème, j'ajouterai qu'ils ont été mis à rude épreuve au cours des derniers mois par les événements que l'on sait. L'enquête a parfois remis en question des notions tenues jusque-là pour acquises, et l'exercice budgétaire n'a sans doute fait qu'aggraver les choses.

Je dois malheureusement dire que dans les circonstances, il n'a pas été possible de publier plus tôt le

[Text]

known before. This is due to events that are beyond our control. It certainly was not intended to cause added stress, but it happened that way.

The renewal of best-ever, for example, came late and that was a source of worry. As a result of that, the sport community has made it clear to me that they wish to have more consultations and closer consultations and a bigger say in the way we do things. I have responded positively to that, to the point where I think we will probably meet in an informal way on a regular basis. I will meet as minister. It is fairly easy to do that in Canada, because under our sport system, we have everybody housed in the National Sport and Recreation Centre.

Once the exercise was done, the people in Fitness and Amateur Sport received a mandate to go out there to deal with the budget and priorities and to distribute the money to the national sport organizations. Mr. Makosky worked out a formula that was consistent with our programs. I will let him explain to you how that was done. Maybe after that we can talk a bit more about the consultation process.

Mr. Lyle Makosky (Assistant Deputy Minister, Fitness and Amateur Sport): The policy the sports have concern with—and understandably so—relates to what we call a sport recognition system. This is a way of categorizing sports according to two criteria. One is their international high performance ranking and abilities, and the second is the size of the sport, which we call their domestic participation base.

• 1605

The policy that frames this recognition policy was put in place in 1983 or 1984. The policy that frames the intentions, the goals and the basic rules has not changed. What we have refined is the measurement tools against one of the two elements, the element that deals with the high performance ranking or recognition of the sport, and the appropriate category into which it goes. The tools that have been refined are essentially a measurement of the sport's performance by athlete and by team in the international domain, as measured by performance in world championships, invitational cups, Olympic Games, etc.

In the last four years it was our assessment that the tools we used to measure that performance were too narrowly defined, and ironically too focused on medals and did not take into account the potential depth of the sport in terms of its ability to place athletes in the top 8 outside of medals and in fact in the top 16 outside of medals. The new tools or instruments we use to measure the sport's performance internationally now consider how well the sport can perform with depth at a high performance level. In that sense it is fairer and less focused on medals, but it is still focused on medals, as the previous policy was.

[Translation]

budget destiné à la communauté sportive. Nous sommes en présence d'événements qui échappent à notre contrôle. Nous n'avons naturellement pas voulu aggraver les choses, mais c'est ainsi qu'elles se sont passées.

Par exemple, le programme Mieux que jamais a été renouvelé tardivement, ce qui a causé bien des inquiétudes. C'est du reste ce qui a amené la communauté sportive à réclamer une meilleure concertation et un droit de regard sur nos décisions. Je lui ai donné une réponse positive, c'est-à-dire qu'à l'avenir, nous allons sans doute avoir régulièrement des rencontres informelles, auxquelles je participerai en tant que ministre. Une telle formule est assez facile à appliquer au Canada, puisque toutes les personnes concernées ont leur bureau au Centre national du sport et de la récréation.

Après cela, les fonctionnaires de la condition physique et du sport amateur ont reçu pour mandat de s'occuper du budget et des priorités, et de répartir les montants disponibles entre les organismes nationaux de sport. M. Makosky a mis au point une formule conforme à nos programmes, et je vais lui laisser le soin de vous l'expliquer. Par la suite, nous pourrions revenir sur le processus de consultation.

M. Lyle Makosky (Sous-ministre adjoint, Condition physique et sport amateur): La politique qui préoccupe à juste titre les milieux sportifs concerne ce que nous appelons un système de reconnaissance des sports. Il s'agit d'une formule de classement selon deux critères. Le premier concerne le classement et les aptitudes au niveau international, et le deuxième, la popularité du sport, que nous appelons la base de participation intérieure.

Ce cas type de reconnaissance a été mis en place en 1983 ou 1984. Il n'a guère changé quant aux buts visés et aux règles fondamentales. Par contre, nous avons perfectionné les instruments de mesure en matière de classement: nous tenons compte des performances individuelles et par équipe au plan international, notamment en fonction des coupes, des championnats mondiaux, des jeux Olympiques, etc.

Au cours des quatre dernières années, nous avons constaté que nos critères d'évaluation des performances étaient trop étroits, paradoxalement trop axés sur les médailles, et qu'ils ne tenaient pas compte des chances véritables du Canada d'accéder aux huit ou aux seize premières places après les médailles. Nos nouveaux critères d'évaluation des résultats obtenus au plan international tiennent désormais compte des possibilités du Canada au plus haut niveau. À ce titre, le nouveau système est plus juste et moins axé sur les médailles, bien que celles-ci soient toujours prises en compte.

[Texte]

It is fair to say that the tools we used and the application of them came late in the game. They came as recently as six weeks ago, and they are into a fiscal year where normally the signal would have been given earlier in the period. The reasons for this are in part the period of delayed budget review because of a change in government, the budget review exercises, plus the need for the minister to go to Cabinet to consider the renewal of our Best Ever Summer Program, without which there would be substantive and massive cuts to the system. So our whole budgetary exercise was in suspension until recently.

I think we have accepted that in the best of situations we would have preferred to have been able to consult and advise earlier. However, in order to address the concerns, it has been our assessment, when we have applied this approach to the sports, that it has resulted in a fairer distribution of the sports to the recognizable categories, and a better assessment of the depth of those sports and their high performance rankings. Where it has changed the sports resulting ranking under the new measurement tools, according to what it might have been under the old measurement tools, that number of sports is less than 10 out of some 65 that we work with. We have indicated to those sports, which, depending upon the point of view, number in the neighborhood of five or six, that we are prepared to treat them on a case by case basis. Therefore, accepting the policy consideration, while not changing the measurement tools in policy, it is late in the game not to appear to apply it unfairly and retroactively. We will treat those cases specifically according to a fair representation of their ability to perform internationally.

The resulting application and all of this information I have just indicated to you, sir, has not been fully communicated. It has been communicated in principle. We are preparing a communication letter to go out shortly indicating the application of these elements I have talked about in order to address it. But the sport community generally knows that we accept the concern about the lateness. It is our view that the system is now more fairly ranked. It is a better analysis of high performance. It focuses even less on medals and more on depth of performance, and we are prepared to treat the special cases in a fair way on a case by case basis.

Mr. Kilgour: I would like to ask the minister what his opinion is with regard to the unusually high burden of policy which Sport Canada imposes on its client organizations. For example, in the last four years your department has issued a highly detailed policy on subjects such as human resources management, quadrennial planning, domestic sport development, sport recognition systems, sport marketing, women in sport, official languages, and policies and policies. In addition, the contributions policies include policy addenda on applied sports research, national training centres, sports science and hosting. So there is a lot of policy, and I know the deputy minister used the word "policy" a few times in his answer. There certainly seems to be a great deal of it, far

[Traduction]

Il convient de signaler que nos nouveaux critères n'ont été appliqués que tardivement, c'est-à-dire il y a seulement six semaines, alors qu'il aurait été préférable de les mettre en vigueur plus tôt au cours de l'exercice financier. Nous avons dû procéder ainsi à cause du retard dans l'examen du budget dû au changement de gouvernement, et parce que le ministre a dû s'adresser au Cabinet pour obtenir le renouvellement de notre programme d'été des meilleurs athlètes, à défaut duquel il aurait fallu imposer des coupures budgétaires très importantes à la communauté sportive. Par conséquent, tout notre exercice budgétaire est resté en suspens jusqu'aux dernières semaines.

Idéalement, nous aurions préféré mener des consultations plus tôt. Cependant, en appliquant cette politique au milieu sportif, nous estimons être parvenus à un classement plus juste des sports selon les différentes catégories, et à une meilleure évaluation des chances de chaque sport et des résultats obtenus au plus haut niveau. Nos nouveaux critères d'évaluation n'ont fait changer de catégorie qu'à moins de 10 des 65 sports dont nous nous occupons. Nous avons indiqué à leurs responsables que nous sommes disposés à considérer leur cas à titre individuel. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que notre politique ait pu paraître inéquitable et rétroactive. Néanmoins, nous allons considérer chaque sport de façon équitable, en fonction de ses chances de succès dans l'arène internationale.

Les conséquences des changements dont je viens de parler n'ont pas été intégralement rendus publics. Nous en avons seulement indiqué le principe. Nous rédigeons actuellement un communiqué, qui expliquera les éléments dont je viens de parler, mais la communauté sportive sait déjà généralement que nous sommes conscients des inconvénients causés par notre intervention tardive. Nous estimons néanmoins que le système est désormais plus équitable. Il comporte une meilleure analyse des performances de haut niveau, il met moins l'accent sur les médailles et accorde plus d'importance aux résultats à long terme. En outre, nous sommes disposés à considérer les cas spéciaux à titre individuel.

M. Kilgour: J'aimerais demander au ministre ce qu'il pense du fardeau administratif particulièrement lourd que Sport Canada impose à ses organismes-clients. Par exemple, au cours des quatre dernières années, votre ministère a publié des directives très détaillées sur la gestion des ressources humaines, la planification quadriennale, l'expansion des sports au plan intérieur, les systèmes de classement des disciplines, les techniques de commercialisation dans le domaine sportif, les sports féminins, les langues officielles et ainsi de suite. En outre, les politiques contributives comprennent notamment des documents concernant la recherche appliquée dans le domaine sportif, les centres nationaux d'entraînement, les disciplines scientifiques appliquées aux sports et l'accueil.

[Text]

more than I have ever seen in any sports I have been involved with.

Mr. Minister, do you think it is time to reassess the policy role of government, in particular as it affects the affairs of the independent national sporting organization?

• 1610

Mr. Charest: From what I understand, there is a cyclical element to that issue in the history of sport in Canada and the political history. It comes up from time to time, as it does in other departments. In the area of sport that issue has certainly been raised with me a few times in private conversations. Publicly sport federations are also saying that there is, to use the expression, too much bureaucracy, and that not enough emphasis is put on the activities we should be doing out there. There are many sides to the issue. There is the classic problem of the accountability of governments. We spend the taxpayer's money; we must thus make sure it is accounted for. We must make sure, through all our programs, that the policies are enforced.

To answer your question, I think I would be ready to look at the way we operate and whether there is too much or not enough. I want to point out, though, to get to your first question, as Mr. Makosky has told you, that the government must assume the responsibility for the short timeframe. We are not saying we are pleading guilty; it is just that it is a matter of circumstance that the budget came at the time it came. The government had to organize after the election and we took whatever time we had to. The complaints we get of too much bureaucratic red tape are also ultimately a political responsibility. It is for the ministers to deal with that issue, and I think there is going to be an opportunity to do that in the next few years. I intend to look at that very seriously.

As for the report "Sport Towards the Year 2000", we should bring that together with the issues of the Dubin inquiry and see what changes we should put forward in our sport system.

Mr. Brewin (Victoria): Mr. Chairman, I would have no objection if you gave Mr. Kilgour an extra few minutes in view of the length of Mr. Makosky's answer. It is an important topic and a complicated answer. If you want to give Mr. Kilgour another question, provided the same would apply to myself and to the lead questioner for the Conservatives, I would have no objection.

The Chairman: The committee has had a problem with long questions and answers. I sometimes hesitate to

[Translation]

Cela fait donc un très grand nombre de politiques, et j'ai remarqué que le sous-ministre avait utilisé ce mot à quelques reprises dans sa réponse. Il semble y avoir beaucoup de politiques dans votre action, et même beaucoup plus que je n'en ai trouvé dans les sports que j'ai pratiqués.

Monsieur le ministre, ne pensez-vous pas qu'il est temps de reconsidérer l'intervention du gouvernement auprès des fédérations sportives nationales?

M. Charest: À ma connaissance, la politique canadienne en matière de sport comporte un élément cyclique. On le constate périodiquement chez nous comme dans d'autres ministères. J'en ai entendu parler à quelques reprises dans des conversations privées. Quant aux fédérations sportives, elles se plaignent publiquement d'une bureaucratie trop lourde et du fait que nous n'intervenons pas assez en leur faveur. Le problème comporte divers aspects. Parlons tout d'abord de l'obligation de rendre compte. Nous utilisons l'argent du contribuable; nous devons donc rendre compte de son utilisation. Dans l'ensemble de nos programmes, nous devons veiller à ce que certains principes soient respectés.

Pour répondre à votre question, je suis prêt à reconsidérer notre mode de fonctionnement pour en déceler les lacunes et les excès. Pour en revenir à votre première question, je voudrais cependant indiquer, comme l'a fait M. Makoski, que le gouvernement doit accepter la responsabilité des délais très rigides qu'il a fallu respecter. Nous ne plaçons pas coupables, mais les circonstances ont fait que le budget est arrivé à un moment inopportun. Le gouvernement a dû se constituer après les élections, et nous n'avons pas eu grand temps pour agir. Les doléances concernant les lourdeurs bureaucratiques relèvent également de la responsabilité politique. C'est aux ministres de s'en occuper, et ils vont avoir l'occasion de le faire au cours des prochaines années. J'ai bien l'intention d'étudier la question de très près.

Quant au rapport «Vers l'an 2000», il faut le considérer dans le contexte de l'enquête Dubin pour envisager les modifications qui devront être apportées à notre politique sportive.

M. Brewin (Victoria): Monsieur le président, je ne m'oppose pas à ce que vous accordiez quelques minutes de plus à M. Kilgour, compte tenu de la longueur de la réponse de M. Makosky. Le sujet est important, et la réponse était complexe. Si vous voulez accorder une autre question à M. Kilgour, sous réserve qu'il en aille de même pour moi et pour le premier intervenant conservateur, cela me convient parfaitement.

Le président: La longueur des questions et des réponses nous a déjà posé des problèmes. J'évite en général

[Texte]

interrupt the witness. Mr. Kilgour may get a second round once we have all had a chance to go through the first one.

Mr. Brewin: I only have ten minutes, so I will try to be precise; I hope the answers will be equally precise. This relates to South Africa's sports policy. I want to ask a particular question about the threat to the 1990 Commonwealth Games that appears to be looming as a result of invitations passed on by the national rugby associations of England, Scotland, Wales, Australia, and France. I know this government has not always had success in persuading Mrs. Thatcher to do things, but this is a very serious problem.

I would like to hear from you, Mr. Minister, what this government is going to do to make it as clear as it possibly can to those governments that they should do in this case what they did in 1980. Mrs. Thatcher and the governments—the major problem is England, but not exclusively—tend to say this is a free country and therefore if people want to go to South Africa they can. But in 1980, at the time of the boycott of the Soviet Union, the Government of Britain really laid the wood to people in Britain not to break that boycott. It seems to me it is critical for the future of the Commonwealth Games that this be done in this case. Coming from Victoria, I just want to say in parenthesis how much I appreciate your support in the 1994 Commonwealth Games, but if we do not get this problem sorted out we will not have them.

Mr. Charest: I think your concern is very justified in the light of the 1990 Commonwealth Games in New Zealand. If they were to be threatened by a boycott we may have a trend, a trend that will lead to the next edition of the Commonwealth Games in 1994 in Victoria. So there is a very direct source of concern for us there, Mr. Brewin, and the Government of Canada will be very vigilant in that regard.

• 1615

I let you in on one thing I heard of as of today. I do not have the precise information, this is more hearsay. Apparently in South Africa the government has been using the Dubin inquiry to allege that we in Canada have not been treating our athletes, including Mr. Johnson, as we should. That is ironic, in that they have always said our use of our sport policy had no effect, when in fact they are trying to do it themselves.

We have a policy. As minister, I intend to take every opportunity I can to deal with this. Ironically the Francophone Games may also come under some threat in that regard, so it is an area of concern for us. I will welcome any opportunity I have to take this up with colleagues of those governments concerned and encourage them to act with vigour.

[Traduction]

d'interrompre le témoin. M. Kilgour pourra intervenir au deuxième tour de question une fois que tout le monde aura eu une première occasion d'intervenir.

M. Brewin: Je n'ai que 10 minutes; je vais donc essayer d'être précis. J'espère que vos réponses le seront également. Je voudrais parler de la politique sportive de l'Afrique du Sud, et en particulier de la perspective des Jeux du Commonwealth de 1990, qui risquent d'être assombris par les invitations transmises par les fédérations nationales de rugby d'Angleterre, d'Écosse, du Pays de Galles, d'Australie et de France. Je sais que notre gouvernement n'a pas toujours réussi à convaincre M^{me} Thatcher d'intervenir, mais il s'agit d'un problème très grave.

J'aimerais que vous nous disiez, monsieur le ministre, ce que fait le gouvernement pour faire comprendre aux pays précités qu'ils doivent faire en l'occurrence ce qu'ils ont fait en 1980. M^{me} Thatcher et les gouvernements des nations en cause, en particulier celui de l'Angleterre, semblent considérer que l'Afrique du Sud est un pays libre, et qu'on peut donc y aller. Or, en 1980, lors du boycott des jeux de Moscou, le gouvernement britannique a formellement interdit aux athlètes anglais de se rendre à Moscou. Il me semble essentiel, pour l'avenir des Jeux du Commonwealth, que l'on procède de la même manière contre l'Afrique du Sud. J'arrive de Victoria, et je vais insister au passage sur l'excellent effort que vous faites en faveur des jeux des Commonwealth de 1994, mais si nous n'apportons pas de solution au problème actuel, nous ne pourrions organiser ces jeux.

M. Charest: Vos craintes sont tout à fait justifiées à l'approche des jeux du Commonwealth qui auront lieu en Nouvelle-Zélande en 1990. S'il y a une menace de boycott contre ces jeux, il pourrait en être de même contre les jeux suivants de 1994, prévus à Victoria. C'est donc quelque chose qui nous préoccupe vivement, monsieur Brewin, et le gouvernement du Canada sera certainement très vigilant.

Je vais vous raconter quelque chose que j'ai entendu aujourd'hui. Cela tient plus du oui-dire que de l'information précise. Apparemment, le gouvernement d'Afrique du Sud aurait invoqué l'enquête Dubin pour prétendre que nous ne traitons pas nos athlètes comme nous le devrions, en particulier M. Johnson. C'est d'autant plus ironique qu'ils ont toujours prétendu que notre politique en matière de sport n'avait pas d'effet, alors qu'il essaient de faire la même chose eux-mêmes.

Nous avons une politique. En tant que ministre, j'ai l'intention de profiter de toutes les occasions pour m'en occuper. Il est possible que les jeux francophones soient menacés de la même façon, c'est une possibilité qui nous inquiète. Nous en discuterons avec plaisir avec nos collègues des gouvernements concernés et nous les encouragerons à agir avec la même vigueur.

[Text]

Mr. Brewin: My next question comes back to the task force report and the recognition policy that you and Mr. Makosky spoke about in answer to my colleague's questions. I accept the general proposition that much has to wait until the Dubin inquiry is over. While I have supported that policy of yours and I think it is a sound general proposition, it does seem to me that some of the recommendations could be implemented without delay, in particular the general proposition of shared leadership.

What I find unacceptable about the new policy as enunciated is not so much the details, because at this stage I do not understand them, frankly, but rather the process of laying this on the sports community at a time when you have a task force report that talks about shared leadership.

Mr. Makosky, you said you turned it over to him to decide how his policy was to develop. In the way in which he expressed his answer, he talked about it as if he was setting policy. That is not shared leadership. It strikes me that before this policy was adopted you owed it the sports community to get into a genuine process of consultation. We do not have to wait for the Dubin inquiry for that. If you did that, then whether it is a good policy or not, or whether it reaches its objectives or not, is something that can be worked through.

I know this substantive point is debated, but it is the process that is wrong. I would hope you would concede that, actually, and see if you cannot lay down some better process for sorting out the deep hurt to morale in the sports community this has caused.

Mr. Charest: Well, I agree with you. We have to be careful when we sort of state a policy that we prefer to wait until the Dubin inquiry reports before making any major changes. I think what we are saying is to wait to make major changes in policy direction. That does not mean the department does not continue to operate, as you correctly point out. The government does continue to make decisions, and we do make some decisions on a day-to-day basis,

From time to time we may have to make new policies and decisions, and not wait for the Dubin inquiry, because things have to be done and decisions have to be made, and the world continues to evolve. So there is a careful balance there. It means we will have to make those judgments from time to time.

The concept of shared leadership is central to the Toward 2000 building Canada support system report. It is very much central to the report because it calls upon the coming together of the different partners in the Canadian sport community. They are easily identifiable. We know who they are and which organizations are there, but also critical to the success of that concept is that it brings together the resources of the different partners, including first and foremost the Government of Canada and the resources we have, and then also the private sector, which

[Translation]

M. Brewin: Je reviens maintenant au rapport du groupe de travail et à la politique dont M. Makosky et vous-même avez parlé quand vous répondiez aux questions de mon collègue. Je sais bien que, d'une façon générale, beaucoup de choses doivent attendre l'issue de l'enquête Dubin. J'approuve votre politique à cet égard, d'une façon générale cela me semble justifié, mais on pourrait tout de même appliquer certaines recommandations sans délai, en particulier la recommandation relative au partage de l'initiative.

Ce ne sont pas tant les détails de la nouvelle politique qui me semblent inacceptables, car pour l'instant je ne les comprends pas, je dois l'avouer, mais plutôt cette accusation de la collectivité sportive justement à un moment où le rapport d'un groupe de travail parle d'initiative partagée.

Monsieur Makosky, vous avez dit que vous l'aviez laissé libre d'orienter sa propre politique. D'après sa réponse, il m'a semblé qu'il prenait les décisions en matière de politique. Ce n'est pas un partage d'initiatives. Avant que cette politique ne soit adoptée, vous auriez dû accorder à la communauté sportive un véritable processus de consultation. Pour cela, inutile d'attendre l'issue de l'enquête Dubin. Si vous aviez fait cela, que la politique soit justifiée ou pas, qu'elle atteigne ou non ses objectifs, il est impossible de trouver des solutions.

Je sais que ce principe est contestable, mais c'est le processus qui ne va pas. J'espère que vous le reconnaîtrez et que vous chercherez à mettre en place un processus mieux adapté, mieux susceptible de guérir la communauté sportive des blessures morales qu'elle a subies à cause de cette affaire.

M. Charest: Vous savez, je suis d'accord avec vous. Nous préférons attendre que l'enquête Dubin soit terminée pour introduire des changements majeurs, mais il faut faire très attention quand on adopte cette sorte d'attitude. En fait, nous voulons attendre pour changer véritablement l'orientation de notre politique. Cela ne signifie pas que tout s'arrête, comme vous le dites à juste raison. Le gouvernement continue à prendre des décisions et, chaque jour, nous aussi nous continuons à prendre des décisions.

En effet, la terre continue à tourner, et nous devons continuer à adopter des politiques, à prendre des décisions sans attendre l'issue de l'enquête Dubin. C'est une affaire d'équilibre, et c'est délicat. C'est une affaire de jugement, et c'est à nous de décider.

Le principe de l'initiative partagée est un élément central du système Vers l'an 2000. C'est un élément central de ce rapport, car il regroupe les divers partenaires canadiens de la communauté sportive. Ces partenaires sont faciles à identifier, nous les connaissons, nous connaissons les organisations, mais tout cela est d'autant plus important que le système permet de rassembler les ressources de tous ces partenaires, dont le premier et le plus important est le gouvernement du Canada. Il ne faut pas non plus oublier le secteur privé,

[Texte]

we hope to bring on board a little more, and the Canadian Olympic Association, which has some resources also, and to try to share common objectives. That is what shared leadership is about.

If we could, in an ideal world, have that group sharing common objectives, we know we could have a sports system in Canada that would probably reflect whatever values we care to promote a lot more. It would be more effective, and it would also bring in the provinces and the jurisdictions so they would be part of it.

• 1620

What will enable us to do that is what you refer to as the consultation process when we undertake these decisions. We are going to try to do more of it, but it requires some change, which was maybe not there before. I know for the sport community this has been a trying period. They are waiting for an important indication of what that co-operation will be, and it will be for the minister and the department to show that.

In this case I guess we could have done more. But we are certainly going to try to make sure in the next few years we establish some form of relationship that enables us to meet those objectives of consultation.

Bear in mind, Mr. Brewin, this is new. It is new to the department and it is going to be new to the minister. When new ministers come in, it is a different personality, a different way of working. It is new; which means it is going to require some testing. I am very hopeful we will be able to do some things together.

Mr. Brewin: I appreciate that. I may just say, though, one of the things that are going to need to be new is really an attitude approach. There are changes in structure, but there will also have to be a change in the approach to decision making.

Let me go to another subject, which really is an offshoot of the issues before Dubin and the question, for example, of the issue of Ben Johnson's suspension. Accepting again, as I do, your approach that this is going to have to wait until Dubin and you get the recommendations... and then I am looking forward to you reviewing it at that stage. But it does give rise to a problem that existed long before all this blew up, and that is the issue of rights of athletes. Athletes can get suspended from a team without any right of recourse. They can get carded or not. They can have a ban on them for life, as you did, without any hearing or opportunity to appeal that until, in this case, after the Dubin issue comes up.

There is no relatively simple process for the day-to-day problems athletes face. Those who are coaches or sports associations or federations have tremendous power over their lives. Others in our community have those rights through collective bargaining or through the employment

[Traduction]

que nous espérons faire participer de plus en plus, et l'Association olympique canadienne, qui dispose également de ressources. Ensemble, nous essayons de nous fixer des objectifs communs. L'initiative partagée, c'est cela.

Idéalement, si nous pouvions former un groupe unique qui rassemblerait des partenaires partageant des objectifs communs, le système sportif canadien défendrait beaucoup plus les valeurs qui nous tiennent à cœur. Ce système serait plus efficace et ferait participer plus activement les provinces et les autres juridictions.

Nous y parviendrons grâce au processus de consultation dont vous avez parlé quand le moment sera venu de prendre ces décisions. Nous allons essayer de faire beaucoup plus dans ce domaine, mais certains changements sont nécessaires, des choses qui n'existaient pas auparavant. Je sais que la communauté sportive traverse une période difficile, qu'elle attend des signes de cette coopération, et ces signes, c'est au ministre et au ministère de les donner.

Dans ce cas, peut-être aurions-nous pu faire plus, mais en tout cas, nous avons essayé de mettre en place un système qui nous permette de parvenir à ces objectifs de consultation.

Monsieur Brewin, n'oubliez pas que tout cela est nouveau. C'est nouveau pour le ministère, et ce sera nouveau pour le ministre également. Quand un nouveau ministre entre en poste, sa personnalité est différente, ses méthodes de travail sont différentes. Tout cela est nouveau. Il va falloir une période d'essai. Nous espérons pouvoir faire du bon travail ensemble.

M. Brewin: Je comprends cela. Cela dit, il y a une nouveauté qui va être indispensable, c'est une nouvelle attitude. La structure va devoir changer, mais également la démarche face aux décisions.

Je passe à un autre sujet qui découle en fait des questions étudiées par Dubin, par exemple la suspension de Ben Johnson. Je le répète, je suis d'accord avec vous quand vous dites qu'il faudra attendre l'issue de l'enquête Dubin et les recommandations, mais à ce moment-là, je m'attends à ce que vous reconsidériez la situation. Cela dit, un problème se pose, qui se posait déjà bien avant toute cette affaire, celui des droits des athlètes. Les athlètes qui sont suspendus d'une équipe n'ont aucun recours. Ils peuvent obtenir un brevet de titularisation ou pas. Ils peuvent être bannis à vie, comme dans ce cas, sans avoir pu se défendre, sans pouvoir faire appel, dans ce cas jusqu'à l'issue de l'enquête Dubin.

Les athlètes qui ont des problèmes ne peuvent pas suivre un processus relativement simple. Les entraîneurs, les associations sportives et les fédérations ont sur eux un pouvoir énorme. Le reste de la population jouit de certains droits dans le cadre de négociations collectives,

[Text]

standards act, the Canada Labour Code. I would ask your comment on the proposition that we need to look at ways in which we can ensure that athletes have some access to rules of natural justice without having to go to the courts and get lawyers and go through all that paraphernalia.

Mr. Charest: I am very concerned about that issue also, in great part because of my own experience as a lawyer. I practised criminal law and defence for close to three years, and we had what we called a "volume" practice. We were in court every day and I argued at almost every level and did a lot of trials before judge and jury. So I have some pretty extensive experience. Most of our clients were on legal aid, so I have seen that side of the fence and I know what the concerns are.

I was very concerned at the very beginning—this has not gone unnoticed very much—with the basic individual rights of athletes, as you have mentioned. In the area of testing, whatever procedures are adopted, it seems fundamental to me that we be preoccupied with those fundamental rights of athletes. But as you know, these issues are more or less important depending on the context. It is for me as a minister and for us as Members of Parliament to make sure the country does not lose its focus on these very basic issues, which have evolved over hundreds of years.

One of the unusual experiences of Seoul for this country—and I have found it absolutely fascinating—is when the athletes, you may remember, asked to be tested. To my own mind, from a sociological point of view, that was just incredible. What is also interesting is that in that context nobody made a case of that. Because of the context, nobody thought about it. But it took us, as mankind, hundreds and thousands of years to get to the point where in our legal system you are presumed innocent until proven guilty. For me, to have a whole group of athletes who would actually ask to be declared innocent and not accused of anything because of the context in which they were certainly says a lot about the atmosphere we were in at that time.

This makes the setting of an inquiry even more important, because an inquiry enables us to look at these questions in a sober way, without the emotion of the moment, and not lose track of all these fundamental premises of the social contract in our society. For that reason, I agree very strongly with you that in the area of testing and doping we have to be preoccupied with fundamental rights and we must not lose sight of those basic principles in our society.

• 1625

To get to the specific issue of our policy, from what I know and from my understanding, our policy is consistent with the rules of natural justice, but it is important to understand how it operates. The problem we have had with this issue from the beginning is the fact that in the area of sport it is a very particular culture, and

[Translation]

grâce à des lois sur les normes d'emploi, au Code du travail du Canada. Ne pensez-vous pas que nous devrions donner aux athlètes certains avantages de la justice naturelle sans les forcer à faire appel aux tribunaux, à des avocats, à tout cet appareil compliqué.

M. Charest: C'est un problème qui me préoccupe beaucoup également, dans une large mesure à cause de ma formation juridique. J'ai pratiqué le droit criminel et j'ai été avocat de la défense pendant près de trois ans; nous avions un cabinet qui faisait dans le «volume». Nous plaillions tous les jours et pratiquement à tous les niveaux, nous avions beaucoup de procès avec juge et jury. J'ai donc une bonne expérience de ce secteur. La plupart de nos clients avaient droit à l'aide juridique; je connais donc bien la situation de ce côté-là de la barrière.

Tout au début, un aspect m'a beaucoup inquiété, et je ne suis pas le seul, celui des droits fondamentaux des athlètes, dont vous avez parlé également. Vous avez dit qu'il faudrait mettre à l'épreuve de nouvelles procédures, et il me semble que les droits fondamentaux des athlètes en sont un élément important. Mais comme vous le savez, l'importance de ce genre de choses dépend du contexte. C'est à moi, en tant que ministre, et à nous tous, en tant que députés, de nous assurer que le pays ne perd pas de vue certains principes fondamentaux qui se sont élaborés au cours de centaines d'années.

À Séoul, une chose particulièrement fascinante, une chose que nous n'avions encore jamais vue ici, s'est produite, vous vous en souviendrez peut-être, les athlètes ont demandé qu'on leur fasse subir des tests. Du point de vue sociologique, c'était tout simplement inconcevable. Ce qui est intéressant également, c'est que personne n'en a fait une grosse histoire, personne n'y a réfléchi de ce point de vue-là. Or, je ne peux pas m'empêcher de penser que l'humanité a parcouru des centaines et des milliers d'années avant d'adopter un système juridique qui présume l'individu innocent tant qu'il n'a pas été reconnu coupable. Le fait que tout un groupe d'athlètes ait demandé à ce qu'on les déclare innocents et à ce qu'on ne les accuse pas, prouve à quel point l'atmosphère était particulière.

Dans un tel climat, l'enquête devient encore plus importante, car elle nous permet d'étudier ces questions sans passion, avec un certain recul, et sans oublier toutes ces prémisses fondamentales du contrat social de notre société. Pour cette raison, je suis tout à fait d'accord avec vous quand vous dites que nous ne devons surtout pas perdre de vue les principes et les droits fondamentaux de notre société quand nous cherchons à aller au fond de cette affaire de test et de dopage.

Pour en venir à notre politique, d'après ce que je sais, d'après ce que j'ai compris de la situation, elle est conforme aux règles de la justice naturelle, mais il est important de bien comprendre comment elle fonctionne. Dès le départ nous avons eu des problèmes, car la communauté sportive est un monde très particulier et,

[Texte]

with all these rules in the due process, only a very small group of people really, world-wide, are knowledgeable of how the system works.

In the case of Mr. Johnson, there are actually five levels of sanction that applied to the athlete: the first being the IOC, who have their rules and their procedures; the second being the IAAF international federation, who apply their procedures; the third being the Canadian Track and Field Association, who apply their procedures and sanctions; the fourth being the Canadian Olympic Association; and finally the federal government intervenes. There are five levels of sanctions, and theoretically you could have five different procedures, five different sanctions, and five different appeals.

Mr. Brewin: And five different results.

Mr. Charest: And five different results. That is why one of the objectives that was put forward in the World Anti-Doping Conference was to harmonize both process and sanctions, and that was one of the objectives, to simplify them. That was before Seoul.

In the area of our policy, let us use Mr. Johnson's example when he tested positive. I am generally satisfied with the due process put forward by the different federations when they test athletes. As you know, there is an A sample; there is a B sample; there is a very detailed process of chain of possession, which is a legal concept you are probably familiar with—the chain of possession of the sample to make sure that it has not gone into somebody else's hands or you have lost sight of it. That is very detailed. When the A sample is tested and it comes out positive, the athlete or his representative is advised, so when the B sample will be tested, for example, he or she or their representative can be there, on the spot, and act as an observer as they test it. Once that was done in the case of Mr. Johnson, the medical commission of the IOC then had a hearing. At the hearing, where Mr. Johnson was represented by Mr. Pound, who is also the vice-president of the IOC, he pleaded his argument of sabotage.

At the hearing the technicians are there, and in their process they decided not to accept that theory, and then concluded that there was a doping situation. They made a recommendation to the IOC executive. Once the IOC executive took notice of that, they applied their sanction. Then the IAAF sanction kicks in, because they... I am not sure of the expression in English; *en français* we say *prendre acte*; in other words, you take notice of that decision and your sanctions kick in.

The IAAF did that. The CTFA does that. The COA have chosen another course, interestingly enough, because it is a new situation for them to have an instance during the games, but usually they have a hearing and a process, and the federal government's process kicks in.

That is the way the policy applies, and I am satisfied that we applied it correctly. One thing I have always

[Traduction]

dans le monde entier, très peu de gens savent vraiment comment le système fonctionne.

Dans le cas de M. Johnson, cinq niveaux de sanction s'appliquent: le premier, le CIO, qui a ses propres règles et procédures; le second, la Fédération internationale, qui a également ses procédures; le troisième, l'Association canadienne d'athlétisme, qui applique une série de procédures et de sanctions qui lui sont propres; le quatrième, l'Association olympique canadienne et, enfin, le gouvernement fédéral, qui intervient également. Cinq niveaux de sanction, donc, et en théorie, cinq procédures différentes, cinq sanctions différentes, cinq possibilités d'appel différentes.

M. Brewin: Et cinq résultats différents.

M. Charest: Et cinq résultats différents. C'est la raison pour laquelle un des objectifs de la Conférence mondiale anti-doping était d'uniformiser les procédures et les sanctions, et également de les simplifier. Mais cela, c'était avant Séoul.

Quant à notre politique, prenons l'exemple de M. Johnson quand son test a été positif. D'une façon générale, les procédures des diverses fédérations qui testent les athlètes me semblent satisfaisantes. Comme vous le savez, il y a un prélèvement A, un prélèvement B, puis un processus très détaillé, qui permet de ne pas perdre de vue ces prélèvements; c'est un concept légal que vous devez connaître, on s'assure que les prélèvements ne peuvent pas changer de main indûment et on ne les perd pas de vue. Tout cela est très détaillé. Quand le test sur le prélèvement A est positif, l'athlète ou son représentant est avisé, et le prélèvement B est alors examiné en présence de l'athlète ou de son représentant, qui peuvent assister à l'opération à titre d'observateurs. Dans le cas de M. Johnson, après que cette procédure ait été suivie, la commission médicale du CIO a alors organisé une audience. Lors de cette audience, M. Johnson était représenté par M. Pound, qui est également vice-président du CIO et qui a invoqué un sabotage.

Les techniciens assistaient à l'audience et, dans ce cas, ils ont décidé de ne pas accepter cette théorie et conclu qu'il y avait eu dopage. Ils ont fait une recommandation à l'exécutif du CIO. En possession de cette recommandation, l'exécutif a alors appliqué sa sanction. Vient ensuite la sanction de la Fédération internationale, car... Je ne suis pas certain de l'expression en anglais, mais en français on dit que la fédération a pris acte, ce qui déclenche automatiquement sa sanction.

C'est ce que la fédération a fait, c'est ce que l'ACA est en train de faire. Quand à l'AOC, elle a choisi une autre démarche, car, et c'est intéressant, pour cette association c'est une situation nouvelle parce que l'incident s'est produit pendant les jeux. Cela dit, d'ordinaire cette association organise une audience, après quoi le gouvernement fédéral intervient.

Voilà comment la politique s'applique, et je suis convaincu que nous l'avons appliquée à bon escient. Je

[Text]

stressed is that we applied it to Mr. Johnson in exactly the same way as we applied it to all other athletes, including four weightlifters before the games. But you never hear of the four weightlifters, for reasons we know. That was applied equally.

I want to stress that the athlete does have appeal procedures in different forms. In some cases, like in the case of the IOC, is it quite unclear what appeal procedure there is. We are told there is, there is not, but the athlete may choose to appeal. If the athlete chooses to appeal and does appeal and is successful in the appeal, then the other sanctions are withdrawn. If, in the case I am referring to, he had appealed to the IAAF and had been successful in the appeal, then of course we would have withdrawn, as we kicked in.

So that is the way the system works. I am sorry to be long in my answer, but it is a tough issue and it has been a tough issue for the country, for the people to get their minds around because it is so complicated. But it is one we have to deal with. I agree with you, overall, that rights of athletes are something we are going to have to deal with at one point in time.

• 1630

The Chairman: While we did go considerably over the time, I think that was a key area in which many of us, and Canadians in general, have an interest.

Mr. Keyes (Hamilton West): Mr. Chairman, in other committees I work in, at the discretion of the questioners, sometimes a supplementary is allowed if that continues the flow of the conversation. Is that permitted in this committee?

The Chairman: We could do it if we do not get out of the context of our time schedule, and we did take about seven minutes over on that. The problem we are getting into is that we may end up with some of our questioners not getting a chance to be recognized.

Mr. Brewin: I hope I will get a supplementary at some subsequent committee meeting. Perhaps we can get the minister back more than once to follow up on these points.

Mr. Keyes: I respect the Chair.

The Chairman: We did this with the minister yesterday. We did have Mr. Beatty back because we felt there were sufficient questions left from members of the committee to call him back, and we did so within less than two weeks.

Mr. Keyes: I do respect the time constraints of the Chair.

Mr. Cole (York—Simcoe): My first question relates to fitness, Mr. Minister. I appreciate the Campbell survey on well-being and what it has done. Specifically, what is your long-term proposal for fitness—i.e., the PARTICIPaction program, or something along that line, to involve more

[Translation]

J'ai souvent répété, nous l'avons appliquée à M. Johnson exactement comme nous l'appliquons à tous les autres athlètes, y compris les quatre haltérophiles avant les jeux. Mais pour les raisons que nous connaissons, on n'entend jamais parler des quatre haltérophiles. La politique a été appliquée de la même façon.

Je tiens à insister sur le fait que dans tous les cas, des procédures d'appel sont à la disposition des athlètes. Dans certains cas, comme celui du CIO, la procédure d'appel qui existe n'est pas très claire. On nous dit qu'elle existe, qu'elle n'existe pas, mais l'athlète peut choisir de faire appel. Si c'est le cas et s'il a gain de cause, les autres sanctions sont retirées. Dans le cas qui nous occupe, s'il avait fait appel à la Fédération internationale et s'il avait eu gain de cause, nous aurions retiré nos sanctions, c'est certain.

Voilà donc comment le système fonctionne. Je suis désolé d'avoir parlé si longtemps, mais c'est un problème grave, difficile pour le pays, difficile à comprendre parce que c'est tellement compliqué. Cela dit, il faut trouver une solution. Je suis d'accord avec vous, d'une façon générale il va falloir reconsidérer les droits des athlètes.

Le président: En effet, la réponse a été nettement plus longue que prévue, mais c'est un sujet qui nous intéresse particulièrement de même que l'ensemble de la population canadienne.

M. Keyes (Hamilton-Ouest): Monsieur le président, dans certains comités, on autorise parfois une question supplémentaire quand elle découle directement du sujet traité. Est-ce que cela est autorisé dans votre comité également?

Le président: À condition de ne pas prendre trop de retard, car nous avons déjà consacré environ sept minutes à cette question. Le problème, c'est que certains d'entre nous risquent de ne pas avoir la possibilité d'intervenir.

M. Brewin: J'espère pouvoir poser une question supplémentaire à l'occasion d'une autre séance du Comité. Peut-être pourrions-nous réinviter le ministre pour poursuivre cette discussion.

M. Keyes: Je me soumetts à la décision du président.

Le président: C'est ce que nous avons fait avec le ministre hier. Nous avons demandé à M. Beatty de revenir, car nous avions encore suffisamment de questions à poser pour envisager de le réinviter, et c'est ce que nous avons fait, moins de deux semaines plus tard.

M. Keyes: Je comprends que le temps ne le permette pas.

M. Cole (York—Simcoe): Monsieur le ministre, ma première question porte sur la condition physique. J'ai vu le sondage Campbell sur le bien-être physique et j'aimerais savoir quels sont vos propositions à long terme pour la condition physique, le programme Participaction,

[Texte]

Canadians on an ongoing basis as opposed to once a year, or one week a year, or something along that line?

Although I agree with the target groups, and I am not suggesting they should not be targeted, I hope that is not avoiding the bulk of the rest of us. I think there should be an addition, or maybe something supplementary to that. I would like to know your feelings on that.

Mr. Charest: You refer to the Campbell's fitness survey, which is obviously going to be key to our plans, providing the basic information we need to know where our priorities should be, and who is and who is not susceptible to being somebody who does physical exercise that has some physical benefit for them.

You mentioned PARTICIPaction. I can certainly assure you that my intent is to continue to fund PARTICIPation. They play a key role; they do well; it is a good board, and a very good example of a big success story for us.

One of the things we have to watch out for in Fitweek is not to work ourselves into a culture where, once a week, or one week a year, we are concerned about fitness and that soothes our consciences for the other 51 weeks of the year. Certainly Fitweek will continue to be a priority for us.

In the next two years I would like to see more private sector participation. Those companies that have participated in Fitweek generally told me they are very satisfied with their partnership with us. They actually told me the last time we met—I met them two years in a row—that they think there are a lot more companies that would be interested in Fitweek because it is a good business proposition for them. We do not hide from that. It is a good business proposition, good community effort, and so we will certainly try to get more private sector participation in the next few years.

The rest centres around the blueprints. There was some issue when I came in of whether we would—I do not like using the word—privatize fitness. There was some issue of whether we would take fitness from government, form a Crown corporation and fund it from an arm's-length distance so that the fitness side of our activities could be more susceptible of creating partnerships with other people within Canadian society. I took the decision not to go forward with that. There were both advantages and disadvantages in doing that. Overall, my feeling was that there was a stronger long-term advantage for us in keeping it within government, sending the signal that for the Government of Canada fitness was a priority and as such we would keep it within our womb, if you want.

What flowed from that decision was our initiative to create our blueprints and deal with our four target groups that have some specific needs that we can identify. These are the things we are going to pursue. We are certainly

[Traduction]

par exemple, ou un programme comparable destiné à mieux engager les Canadiens, à obtenir qu'ils ne se contentent pas de faire de l'exercice une fois par an, une fois par semaine, par exemple.

Je suis d'accord avec les groupes cibles, je n'ai rien contre cette méthode, mais j'espère qu'on n'oublie pas le reste de la population. À mon avis, il faudrait compléter ce programme, ajouter quelque chose. Qu'en pensez-vous?

M. Charest: Vous parlez du sondage Campbell sur la condition physique, je crois, sondage qui va constituer l'élément clé de notre planification, puisque c'est la grande source d'information sur laquelle nous allons fonder nos priorités et décider quels sont les gens qui auraient intérêt à faire des exercices physiques.

Vous avez parlé de Participaction; je vous assure que j'ai l'intention de continuer à financer Participaction. C'est un programme qui joue un rôle clé, qui donne d'excellents résultats, pour nous c'est un très grand succès.

C'est un domaine, celui de la condition physique, où il faut prendre garde et ne pas donner aux gens l'habitude de penser à la condition physique une fois par semaine ou une fois par année et d'en tirer bonne conscience pour les 51 autres semaines de l'année. Cela dit, la semaine de la condition physique est toujours une priorité pour nous.

D'ici deux ans, j'aimerais voir le secteur privé participer plus activement à ces activités. Les compagnies qui ont participé à cette semaine se sont déclarées très satisfaites de cette collaboration. La dernière fois que j'ai rencontré les représentants de ces compagnies, et je les ai rencontrés deux ans de suite, ils m'ont dit que beaucoup d'autres compagnies s'intéresseraient certainement à cet exercice, qui est commercialement rentable. Cela ne nous dérange pas, c'est rentable commercialement, c'est un effort collectif, et au cours des années à venir, nous allons continuer à rechercher la participation du secteur privé.

Quand au reste, c'est en cours de préparation. Quand je suis arrivé, on se demandait s'il ne conviendrait pas, et c'est un terme que je n'aime pas utiliser, de privatiser la condition physique. En effet, on s'interrogeait sur la possibilité de dissocier condition physique et gouvernement, de créer une société de la Couronne et de la financer sans lien direct, pour faciliter la collaboration avec les autres secteurs de la société canadienne. J'ai décidé que ce n'était pas la voie à suivre. Cette possibilité présentait à la fois des avantages et des inconvénients, mais, dans l'ensemble j'ai pensé qu'à long terme nous avions plutôt avantage à garder la condition physique au sein du gouvernement, et à faire savoir que le gouvernement du Canada accordait une très haute priorité à ces secteurs et tenait à continuer à s'en occuper.

En raison de cette décision, nous avons commencé à élaborer des plans et à centrer nos efforts sur les quatre groupes cibles qui ont des besoins bien déterminés. Voilà donc ce que nous avons l'intention de faire. Cela dit, nous

[Text]

not going to neglect anybody. We are going to try to include as many people as possible and hope that by focusing on four groups we do not end up neglecting anybody.

There are different things we are going to continue to do: development of a fitness system on network target group mechanisms is among them; fitness management services centre, leadership development secretariat; fund-raising corporation; federal-provincial relations. One area I can tell you of priority in the area of fitness is trying to convince provinces to have physical education in the schools. I can see members react now. You understand when I say that the limit of our action there. . . But a long-term goal of the government has been to try to convince the provinces of the need, the necessity, and benefit of that. Those will be among the objectives we have set for ourselves, Mr. Cole.

Mr. Cole: Getting back to the NSOs, if we go back a few years of funding from the government at the NSO level, the intention of the funding was to have the private sector kick in comparative dollars. That was a goal that was set up, but I do not know just what the timing was. I would like to know how effective that program has been; if it has been effective; and if it is not, are we taking any steps other than the Sport Marketing Council, of which I am aware? Is there any repercussion to the NSO if, for instance, they do not live up to their bargain? Are we coming down on them at all to try to force them to get involved in that?

The next thing relates to funding criteria. I know there has been a change, and you talked about it briefly earlier. When I look at the report we have talked about—and I think I have mentioned this to your staff before—I find it very difficult to balance out some of these dollar values. For instance, I find it very difficult to see the Canadian Yachting Association, based on the criteria you have mentioned—that is, medal contention and participation—as having a very high profile in this country, yet it is one of the higher funded groups, when I look at this list. I am not suggesting that they do not deserve it, because I do not know. But I do have a lot of difficulty, with my limited knowledge of it, when I compare it with some of the others, such as one that you know I have a particular interest in, the Canadian Figure Skating Association, which does involve an awful lot of people and does have a high medal profile. I find some discrepancies there.

It also leads me to a third part of it. I know the cut-backs, and I support the budget changes. But when I look at your budget, I see an increase at the NSO level of funding going to the administrative aspect of the organizations, but I see a major cut-back in the funding going to the athletes themselves; that is, the cards. It is going from over \$5 million to under \$4 million. I think when we look at your mandate and the direction of sports for Canada to the highest possible achievement—that statement is in this document—we are going to have to support athletes, because in four years from now we are

[Translation]

ne négligerons personne, nous essaierons de faire participer le plus grand nombre de gens possible, et j'espère qu'en axant nos efforts sur quatre groupes nous ne négligerons personne.

Il y a plusieurs choses que nous allons continuer: mise au point d'un système de conditionnement physique axé sur le réseau des groupes cibles; sans frais de service pour la gestion du conditionnement physique, secrétariat du développement des initiatives; société pour la collecte de fonds; relations fédérales-provinciales. Je peux vous dire qu'une de nos priorités est de convaincre les provinces d'imposer l'éducation physique dans les écoles. Je vois déjà vos réactions, et vous comprenez que les limites de notre influence sont. . . Mais un de nos objectifs à long terme est d'essayer de convaincre les provinces de la nécessité et des avantages d'une telle mesure. Voilà donc une partie des objectifs que nous nous sommes fixé, monsieur Cole.

M. Cole: Je reviens aux ONS; il y a quelques années, le gouvernement finançait les ONS et, en principe, le secteur privé devait les financer dans une proportion égale. C'est l'objectif qui avait été fixé, mais je ne sais pas très bien combien de temps on s'était donné pour y parvenir. Pouvez-vous me dire dans quelle mesure ce programme a été efficace, s'il l'a été, et, dans le cas contraire, si nous prenons des mesures autres que le Sport Marketing Council pour y remédier? Par exemple, si les ONS ne respectent pas leurs engagements, est-ce que des sanctions sont prévues? Est-ce que nous faisons quelque chose pour les forcer à s'engager?

Ensuite, je veux parler des critères de financement. Je sais que des changements ont été apportés, vous l'avez mentionnés tout à l'heure. Quand je lis le rapport dont nous avons parlé, je crois en avoir déjà discuté avec vos collaborateurs, j'ai beaucoup de mal à comprendre la comptabilité. Par exemple, d'après les critères que vous avez mentionnés, les médailles et la participation, j'ai beaucoup de mal à croire que l'Association canadienne de yachting joue un rôle particulièrement dominant; pourtant, d'après cette liste, c'est un des groupes les mieux financés. Je ne prétends pas qu'il ne le mérite pas, mais j'ai du mal à comprendre cela quand je compare avec d'autres groupes, comme l'Association canadienne de patinage artistique, qui m'intéresse particulièrement, qui regroupe beaucoup de monde et qui obtient beaucoup de médailles. Cela ne semble pas très logique.

J'en arrive maintenant à la troisième partie; je sais que des coupures ont été effectuées, je suis d'accord avec le budget. Mais quand je lis votre budget, je vois que la proportion du financement des ONS destinée à l'administration a augmenté, pendant que la portion destinée aux athlètes diminuait. Cette partie-là est passée de plus de 5 millions à moins de 4 millions de dollars. Si nous considérons notre mandat et l'importance accordée au Canada aux réalisations sportives—c'est une expression qui figure dans ce document—il va falloir soutenir les athlètes, car sinon, dans quatre ans nous allons nous

[Texte]

going to be asking ourselves, or we have the potential of asking ourselves, why we are not attaining the kind of medal results. . . It is because we have not been funding athletes and they cannot afford to stay in the system any longer. It is not something that is done after work any longer. Carded athletes that are competing at an international level do not do it on two hours of exercise a week or two hours or four hours of practice. As you very well know, they are full-time athletes, and I think they need our support. I am very concerned that we would cut back there to the tune of 20% or 25% to carded athletes on a specific basis. There are a number of questions there, but I wanted to get them in before my time ran out.

• 1640

Mr. Charest: I want to deal with your first question on private sector non-governmental assistance and how we progressed on that. It is difficult to do a count. I want members to understand that it is hard to get precise numbers. Some of it comes in services, and it depends on how the accounting is done. I think the consensus is that in 1984 there was about 70% governmental, 30% non-governmental. We have moved to somewhere in the area of 50% to 50%, or maybe more on the government side, 56% and 44%.

There have been dynamic circumstances that have helped it along. The Calgary 1988 Olympics, for example, certainly acted as a catalyst in that area to get the private sector involved. They helped private sector involvement to happen. Also you have to understand that certain sports are very attractive for the private sector, other sports are not. Figure skating is very attractive to the private sector in this country, because of the high participation level we start off with. I think it is the sport in Canada with the highest level of participation. There is a good opportunity for marketing. But compare that with biathlon. Biathlon is another type of sport. The participation is not as important, and the marketing opportunities are not obvious; there probably are some. It is for us to try to seek them out and to encourage them, but it is less obvious than in hockey. So we have to deal with these cultural differences between sports.

Generally, we have had a lot of progress. The marketing council, as I mentioned, will have an increase in its budget to do more. They have somebody who works in Toronto to seek out the opportunities there. Yesterday I spoke with the Olympic Trust in Toronto, who have been doing a lot of good work since the beginning of the 1970s to get money for the COA. They are the financial arm, and they have done a tremendous job. I am encouraging the Sport Marketing Council to look at ways in which it can co-operate with the Olympic Trust and vice versa. I have spoken to both groups and they are open-minded about it. They are going to look at ways where perhaps they can co-operate in their work and try to lever more private sector participation.

[Traduction]

demandeur où sont passées les médailles que nous aurions dû gagner. Pour les gagner, il faut financer les athlètes, faute de quoi ils ne peuvent se permettre de continuer; ce n'est plus le genre de choses qu'on peut faire après les heures de bureau. Les athlètes titulaires de brevets qui font de la compétition internationale, ne peuvent plus se contenter de s'exercer deux ou trois heures par semaine. Comme vous le savez, ce sont des athlètes à temps plein, et ils ont besoin de notre soutien. Cette coupure de 20 à 25 p.100 des fonds destinés aux athlètes titulaires de brevets m'inquiète donc beaucoup. J'ai fait exprès de vous poser plusieurs questions avant que mon temps ne soit écoulé.

M. Charest: Je commence par votre première question au sujet du financement non gouvernemental, du financement du secteur privé. C'est difficile à quantifier. Les députés doivent comprendre qu'il est difficile d'obtenir des chiffres précis. Une partie de ce financement prend la forme de services, cela dépend également du type de comptabilité. D'une façon générale, on reconnaît qu'en 1984, le financement était approximativement à 70 p. 100 gouvernemental et à 30 p. 100 non gouvernemental. Aujourd'hui, nous nous rapprochons des 50-50, ou plutôt de 56 p. 100 pour le gouvernement et 44 p. 100 pour le secteur privé.

Certaines circonstances ont accéléré le processus. Les jeux Olympiques de Calgary en 1988, par exemple, ont servi de catalyseur et mobilisé le secteur privé. Il faut comprendre également que certains sports sont particulièrement attrayants pour le secteur privé, alors que d'autres ne présentent aucun intérêt. Le secteur privé s'intéresse beaucoup au patinage artistique parce que les niveaux de participation sont très élevés. C'est probablement le sport canadien où le niveau de participation est le plus élevé. Du point de vue commercial, c'est excellent. Mais à l'autre extrémité, vous avez le biathlon. Le niveau de participation n'est pas aussi important, et les possibilités commerciales ne sont pas évidentes. Elles existent probablement. C'est à nous de les découvrir et de les favoriser, mais c'est moins évident que pour le hockey. Il faut donc tenir compte de ces différences culturelles entre les différents sports.

D'une façon générale, nous avons fait beaucoup de progrès. Le conseil de commercialisation, comme je l'ai dit, va voir son budget augmenter. Quelqu'un du conseil est basé à Toronto et cherche des ouvertures. Hier, j'ai parlé avec le *Olympic Trust* de Toronto qui, depuis 1970, a beaucoup fait pour obtenir de l'argent pour l'AOC. C'est le prolongement financier de cet organisme, et son action a été excellente. J'encourage le *Sport Marketing Council* à chercher à coopérer avec le *Olympic Trust* et vice versa. J'en ai discuté avec les deux groupes, qui sont très ouverts à cette suggestion. Je vais rechercher moi-même des modes de coopération possibles pour ces deux organismes et également les moyens de faciliter la participation du secteur privé.

[Text]

Your second question was on carded athletes, NSOs, and how we are performing there. I am going to ask Mr. Makosky to give us a clear indication of the numbers so we have a clear understanding of what we are talking about.

Mr. Makosky: I assume, Mr. Cole, you are probably referring to part II of the estimates, the section that compares 1988-89 to 1989-90, main estimates to main estimates, with a drop from \$5 million to \$3.8 million. There is always a difficulty in comparing numbers, in that main estimates do not always reflect what you end up spending by the end of the year, when you have submitted supplementary estimates and had them approved. Sometimes what contributes to a particular category of funding is not always fully indicated in the category. So those two factors have affected what I am about to say, which is that by the end of last year we would have spent somewhere in the neighbourhood of what is indicated in the main estimate. It is just under \$5 million.

Mr. Cole: It is \$4.8 million.

Mr. Makosky: Yes. On what is called athlete assistance.

The second thing to note is that we have not changed the categories of athlete assistance, nor have we changed the financial amount given to them. I will indicate the dimensions of it in a moment, but if there is any change, it is reflective of the fact that a substantial portion of athlete carding is based upon performance. You have an A card if you are among the top eight in the world, a B card if you are ninth to sixteenth. So if an athlete in the Olympics does not place in the top eight, he might move from A to B. The stipend is lower.

Generally speaking the athlete carding allocation in the last four years was based substantially on the results of 1984. In 1984 we were in Los Angeles, where Canada placed fourth as a nation without the Eastern Bloc, and had a tremendous performance. So a lot of athletes became A and B carded, in fairness, without Eastern Bloc participants. In Los Angeles, which represents a large part of our athletes, the carding results would not have been as high, but not in Calgary because that was a full comparison. So the athlete support guidelines and what they would be getting according to performance have not changed.

When you add that all up, has it made a substantive difference? It is not as big as what is reflected here, because of the way our budget allocation was designed in 1984 when the Best Ever program was created. Our moneys are broken out in part under the category of "athlete assistance", but some money from the Best Ever summer amateur sport contribution also goes toward it.

[Translation]

Vous avez posé ensuite une question sur les athlètes titulaires de brevet, les ONS et sur cette situation d'une façon générale. Je vais demander à M. Makosky de nous donner des chiffres précis, ce qui nous permettra de mieux comprendre la situation.

M. Makosky: Monsieur Cole, vous vous référez probablement à la Partie II du budget, le passage qui compare la situation en 1988-1989 et en 1989-1990, c'est-à-dire la comparaison entre les deux budgets, qui sont passés de 5 à 3,8 millions de dollars. Il est toujours difficile de comparer des chiffres du budget principal puisqu'ils ne représentent pas toujours ce que vous finissez par dépenser pendant l'année après que des budgets supplémentaires ont été approuvés. D'autre part, les éléments d'une catégorie de financement ne sont pas toujours expliqués clairement. Il faut donc tenir compte de ces deux facteurs quand je dis qu'à la fin de l'année dernière nous aurions dépensé environ la somme prévue par le budget principal, c'est-à-dire un peu moins de 5 millions de dollars.

M. Cole: Il s'agit de 4,8 millions de dollars.

M. Makosky: Oui. Il s'agit de l'aide aux athlètes.

Il faut noter également que nous n'avons pas changé ces catégories d'aide, pas plus que nous n'avons modifié les sommes que nous leur versons. Je vous en indiquerai les paramètres dans un instant, mais si changement il y a, il tient au fait que la titularisation des athlètes dépend dans une large mesure des performances. Si vous êtes un des huit meilleurs athlètes au monde, vous avez un brevet A et, si vous vous classez entre le 9^{ième} et le 16^{ième} rang, un brevet B. Ainsi, un athlète qui participe aux jeux Olympiques et qui ne se place pas parmi les huit premiers peut passer de la catégorie A à la catégorie B. Son taux de rétribution baisse.

D'une façon générale, pendant les quatre dernières années, la rétribution des athlètes titularisés était fondée sur les résultats de 1984. En 1984, nous étions à Los Angeles, où le Canada s'est placé quatrième, sans compter le bloc de l'Est, et a obtenu des résultats excellents. Beaucoup d'athlètes sont donc passés aux catégories A et B, mais il faut le reconnaître, en faisant abstraction des participants du bloc de l'Est. À Los Angeles, ce qui intéresse une grande proportion de nos athlètes, les résultats n'auraient pas été aussi élevés, mais pas à Calgary, où la comparaison est possible sur toute la ligne. Bref, les directives qui fondent le soutien aux athlètes sur la performance n'ont pas changé.

Quand on fait la somme de toutes ces circonstances, est-ce que cela donne une différence considérable? Pas autant qu'on pourrait le croire en regardant ces chiffres, à cause des allocations prévues en 1984, à l'époque où le Programme des meilleurs athlètes a été mis en place. Nos fonds sont répartis, en partie dans la catégorie «aide aux athlètes», mais la contribution aux meilleurs athlètes du sport amateur en fait partie également.

[Texte]

[Traduction]

• 1645

In looking at the current budget projection we have—and we have not done all the fine-tuning because we have to finish with all the sports, etc.—the current budget projection says that for athlete assistance this year, we will still expend \$4.9 million. So there is virtually no change.

Mr. Cole: I am not privy to those numbers. We have to go by the estimates—

Mr. Charest: Of course.

Mr. Cole: —that have been presented to us. That gets me into a whole other area, and I do not think I am going to have time to get to it.

The Chairman: You have used up your time, Dr. Cole.

Mr. Cole: Thank you very much.

The Chairman: We are moving into a five-minute round now. Mr. Keyes.

Mr. Keyes: Thank you, Mr. Chairman. In the interests of this open and frank discussion which has been demonstrated by the minister with his critics, as well as this committee, I have a couple of questions I would like to put to the minister.

The minister last week enlightened Canadians, in the minister's words, with a bold and courageous step to deal directly and openly with the doping problem at the international level. That is certainly encouraging news. However, there are questions which beg to be answered when we look at our own backyard. We all know, Mr. Chairman, the shock and outrage that Canadians felt at what transpired at Seoul, which led to the Dubin inquiry, which has revealed the extensive and the duration of drug use in amateur sports. We wait for the completion of that inquiry and its recommendations; but if I may, I would like to take the minister back in time to pre-Dubin and ask him if upon his appointment to the portfolio of fitness and amateur sport he knew or the officials of his department ever brought to his attention the problem of Canadian athletes taking banned substance.

Mr. Charest: The first thing that was brought to my attention as a minister when I was sworn in, on the very same day, was the doping issue, because the first decision I was asked to make. . . I guess I do not have to reveal my private discussions, but it will be interesting for you to get an insight of it. The first decision I had to make as a minister, the very same afternoon, I met with Mr. Makosky on whether we were going to have this anti-doping conference. I was asked if I would agree to change the site from Montreal to Ottawa because of the logistics difficulties, and whether I would give him the mandate and permission to leave the country to go around and meet with different people involved in the organizing of

D'après les prévisions budgétaires que nous avons actuellement—et rien n'est encore définitif, car il nous faut faire tous les sports, etc.—nous devrions dépenser 4,9 millions de dollars pour l'aide financière aux athlètes cette année. Il n'y a donc pratiquement aucun changement.

M. Cole: Je ne connais pas ces chiffres. Nous devons utiliser les prévisions budgétaires. . .

M. Charest: Evidemment.

M. Cole: . . . qu'on nous a présentées. Cela m'amène à une tout autre question que je n'aurai probablement pas le temps de vous poser.

Le président: Votre tour est terminé, monsieur Cole.

M. Cole: Merci beaucoup.

Le président: Nous passons maintenant au tour de cinq minutes. Monsieur Keyes.

M. Keyes: Merci, monsieur le président. Étant donné la franchise dont fait preuve le ministre dans ses discussions avec les critiques et les membres du Comité, je vais en profiter pour poser quelques questions.

La semaine dernière, le ministre a éclairé les Canadiens, pour reprendre ses propres mots, en adoptant des mesures courageuses et énergiques pour régler directement et publiquement le problème du dopage à l'échelle internationale. Voilà qui est certes encourageant. Cependant, on est en droit de se poser quelques questions quand on regarde sa propre cour. Nous savons tous le choc et l'indignation qu'ont ressentis les Canadiens à la suite de l'incident de Séoul, qui a mené à la commission d'enquête Dubin. Cette commission a révélé dans quelle mesure l'utilisation de substances médicamenteuses prévaut dans le sport amateur et depuis combien de temps. Nous attendons la fin de l'enquête et la publication de ses recommandations. Si vous le permettez toutefois, je voudrais revenir en arrière, avec le ministre, à l'époque qui a précédé la commission Dubin. Peut-il nous dire si, au moment de sa nomination, comme ministre responsable de la Santé et du Sport amateur, ses collaborateurs ou lui-même savaient que des athlètes canadiens consommaient des substances interdites.

M. Charest: Ecoutez, le premier sujet qu'on a porté à mon attention le jour même où j'ai été assermenté ministre, c'est celui du dopage parce que la première décision que j'ai eu à prendre. . . En fait, je ne crois pas avoir à vous révéler le détail de mes discussions privées, mais je vais vous en révéler un peu la teneur, car cela vous intéressera. Donc, la première décision que j'ai eu à prendre à titre de ministre, l'après-midi même de mon assermentation, concernait la tenue d'une conférence antidopage. J'en ai discuté avec M. Makosky. On m'a demandé si j'étais d'accord pour que la conférence ait lieu à Ottawa au lieu de Montréal à cause de problèmes d'organisation. M. Makosky voulait également savoir s'il

[Text]

the conference to get it together. That was on March 31, 1988.

All of a sudden, I am put in front of a doping problem in sport and I was not that familiar with the doping problem in sport. It is just, I guess, a matter of culture. It was explained to me that yes, there are known cases of athletes who have used drugs to enhance their performance. You know, most Canadians, when they talk of drugs in sport, tend to think of recreational drugs and they think of national hockey or football leagues and those players. They are the ones who attract attention.

I was educated, as a minister is, on these issues and I was informed of the work that had been done by my predecessor in this regard in 1986, when he was invited to speak to the Council of Europe and chose to speak to them on the doping issue. But it is like other doping issues in our society; there are things out there and you do not always know. People do not come forward and tell you they use drugs. It is like trying to find out how many people do it. It is something they hide and they hide it pretty well. So that is the extent of the knowledge I had.

Mr. Keyes: So you knew there was use of banned substances by athletes. You were aware of that.

Mr. Charest: Oh, yes. Well, we had a policy in 1983 at the Pan Am Games. . . Canada was embarrassed by the fact that some of our athletes were sent home having tested positive, so the government of the day put forward a policy. In 1985 it was changed.

Athletes from time to time were caught doping. We had tests, all these discussions, so yes, we knew there were athletes who were obviously using drugs and we were dealing with the issue. That is why we had the conference. That is why we had the policy and that is why we have an anti-doping charter.

Mr. Keyes: The anti-doping charter is fine on an international scale but you, as the minister who gained this appointment, what immediate step did you take when you heard there was a situation where banned substances were being used, which of course you were aware of? It was brought forward by Bill Stanish the chief medical officer of the Canadian Olympic Team. All that information had come forward. What immediate step did you take?

• 1650

Mr. Charest: As I mentioned, the first thing I did as minister, the day I was sworn in, was approve this conference that is going to happen in June 1988. I was subsequently briefed in detail on our policy and how it evolved, because that is part of the history, and then we proceeded to deal with the conference and our policy. At

[Translation]

avait mon autorisation pour quitter le pays afin d'aller rencontrer les diverses personnes qui participaient à l'organisation de la conférence. C'était le 31 mars 1988.

Tout d'un coup, j'étais confronté au problème du dopage dans les sports, alors que je n'en savais pas grand-chose. Je présume que c'est une question de culture. On m'a expliqué qu'on connaissait effectivement des athlètes qui avaient utilisé certains médicaments pour améliorer leur performance. Vous savez, quand ils parlent de dopage dans le sports, la plupart des Canadiens pensent à certaines drogues mieux connues qu'on utilise pour relaxer et aux joueurs des ligues nationales de hockey ou de football. Voilà les cas qui attirent généralement l'attention.

On m'a donc informé de ces questions et renseigné sur ce qu'avait fait mon prédécesseur à cet égard en 1986: invité à prendre la parole devant le Conseil de l'Europe, il avait choisi de l'entretenir de la question du dopage. Cela est comparable à n'importe quelle autre forme de dopage. Il se passe des choses dans notre société que souvent nous ignorons. Les gens ne révèlent pas au premier venu qu'ils utilisent des drogues ou qu'ils abusent de médicaments. Il est impossible de déterminer combien de gens font cela. C'est caché et très bien caché. Je n'en savais donc pas très long là-dessus.

M. Keyes: Vous saviez tout de même que des athlètes utilisaient des substances interdites.

M. Charest: Certainement. Aux jeux panaméricains de 1983, nous avons instauré une politique. . . le Canada avait été embarrassé à la suite du renvoi de certains de ses athlètes qui avaient obtenu des résultats positifs à des tests antidopages. Le gouvernement de l'époque avait donc élaboré une politique, qui a été modifiée en 1985.

De temps en temps, des athlètes se faisaient pincer pour dopage. Nous faisons faire des tests, on en discutait, par conséquent nous étions au courant que certains athlètes se dopaient, et nous essayions de régler le problème. Voilà pourquoi nous avons organisé cette conférence, adopté cette politique et aussi rédigé une charte antidopage.

M. Keyes: Cette charte paraît très bien au plan international, mais vous, en tant que ministre, quelle mesure immédiate et concrète avez-vous prise quand vous avez su que des substances interdites étaient utilisées? Bill Stanish, médecin en chef de l'équipe olympique canadienne, vous a fait part du problème. Vous avez reçu toutes sortes de renseignements. Quelle mesure immédiate avez-vous prise?

M. Charest: Comme je vous l'ai dit, la première chose que j'ai faite le jour même de mon assermentation comme ministre, a été d'approuver cette conférence qui devait se tenir en juin 1988. Par la suite, on m'a informé du détail de notre politique, de la façon dont elle avait été élaborée, car cela fait partie de l'historique, puis nous nous sommes

[Texte]

that point there was a situation where our policy would evolve as a consequence of the result of the conference on doping.

You refer to Mr. Stanish and allegations that were made. There were allegations made by Carl Lewis after Mr. Johnson broke the world record in Rome, but the situation was such that there was no evidence presented to me. There were allegations from time to time, but we live in a country that lives under the rule of law, and until you have evidence. . .

Mr. Keyes: We are not talking about Carl Lewis. We are talking about Mr. Bill Stanish, a medical doctor appointed to the Canadian Olympic team for the summer games—a knowledgeable, respected man who came forward and said outright that Canadian athletes, as well as other athletes around the world, were using banned substances. This is not rumour or innuendo; this came from a man with knowledge and credibility.

Mr. Charest: We obviously knew there was a drug problem. I would invite you to read Otto Jelinek's speech of 1986 before the Council of Europe. Actually it is quite interesting to read the speech in retrospect, because some of what was said there was in some ways prophetic, I think. But the simple fact of the matter is, if I recall correctly, that the doctor in question made a general allegation that may or may not have been right, but there was no specific evidence of something happening. When there is a general allegation like that, it is not helpful to those authorities who have to deal with it, because it does not enable us to act upon such an allegation.

Mr. Keyes: In light of the answers we are getting, and in light of the fact that you mentioned Otto Jelinek, the former Minister of State for Fitness and Amateur Sport, may I ask when the current minister and the former minister are scheduled to appear before the Dubin inquiry?

Mr. Charest: As far as I know I am not scheduled to appear before the Dubin inquiry. I have not been asked to testify. If asked to testify, I will be happy to go before the inquiry and testify, but that is a decision the inquiry makes. They have the power to deal with that. Of course there are the constraints of Cabinet discussions in our jurisdiction, but if they ask me to testify I will be more than happy to go.

Mr. Keyes: Would you find it prudent if Mr. Jelinek was also asked, since he has all this working knowledge of four years prior to yourself?

Mr. Charest: I have no opinion to put forward on that. I think that is an opinion Mr. Justice Dubin and the commission of the inquiry have to form for themselves. It is not for me to comment on that. The public record is there. I was minister when the incidents in Seoul happened, and it is for the commissioner to make his decision. If Mr. Jelinek is asked to testify, you will have to ask him that question. I do not want to answer for him.

[Traduction]

occupés de la conférence et de la politique. À l'époque, il était convenu que notre politique serait précisée à la suite de la conférence sur le dopage.

Vous faites allusion à M. Stanish et à certaines allégations. Carl Lewis, après que M. Johnson ait battu le record mondial à Rome, a fait certaines allégations, mais dans les circonstances, je n'ai eu aucune preuve. De temps en temps, certains faisaient des allégations, mais nous vivons dans un pays où les règles de justice naturelle s'appliquent; par conséquent, tant qu'il n'y a pas de preuve. . .

M. Keyes: Nous ne parlons pas de Carl Lewis. Je parlais de M. Bill Stanish, médecin nommé à l'équipe olympique canadienne pour les jeux d'été; c'est un homme très compétent et respecté, qui n'a pas hésité à dire franchement que des athlètes canadiens, et des athlètes d'autres pays dans le monde, utilisaient des substances interdites. Ce n'était ni une rumeur ni un sous-entendu, cela venait d'un homme compétent et crédible.

M. Charest: Nous savions qu'il y avait un problème de dopage. Je vous incite d'ailleurs à lire le discours qu'a prononcé Otto Jelinek en 1986 devant le Conseil de l'Europe. D'ailleurs, en rétrospective, c'est un discours vraiment très intéressant, quasi prophétique. Par ailleurs, si je ne m'abuse, le médecin dont vous parlez, a fait une allégation générale, qui aurait pu être fondée ou non; il n'y avait aucune preuve tangible. Lorsqu'on fait une allégation de portée générale, cela n'aide pas tellement les autorités à agir parce qu'il n'y a rien de concret.

M. Keyes: Vu les réponses du ministre et le fait qu'il fait allusion à Otto Jelinek, l'ancien ministre d'État à la Condition physique et au sport amateur, je voudrais savoir si le ministre actuel et l'ancien ministre sont censés comparaître devant la commission Dubin?

M. Charest: À ma connaissance, je ne suis pas censé comparaître devant la commission. On ne m'a pas demandé de témoigner. Si on me le demandait, je témoignerais avec plaisir, mais c'est à la commission de décider. Elle a le pouvoir de me citer comme témoin. Il y a évidemment le secret, qui protège les discussions du Cabinet, mais si l'on m'invitait à témoigner, je me présenterais avec plaisir.

M. Keyes: Serait-il sage d'inviter également M. Jelinek puisqu'il a acquis toute une expérience pratique pendant ces quatre années où il vous a précédé?

M. Charest: Je n'ai pas d'opinion. C'est au juge Dubin et aux membres de la commission de se faire une idée pour eux-mêmes. Je préfère ne pas faire de commentaire. Tout cela est du domaine public. C'est moi qui étais ministre quand les incidents se sont produits à Séoul, et c'est au commissaire de décider. Il faudrait demander à M. Jelinek ce qu'il ferait s'il était invité à témoigner. Ce n'est pas à moi de répondre à sa place.

[Text]

Ms Greene (Don Valley North): As a teacher, I know when the whole Ben Johnson incident happened, students were absolutely devastated, particularly those of Jamaican and West Indian background. Now there is no doubt about it at all. Ben Johnson is a liar and a cheat. I am just wondering whether you are planning to do anything to address the tremendous disillusionment of young people in particular when they discovered their hero was a liar and a cheat. Will there be some kind of a discussion with them, some examples for them to follow to encourage them not to view this as a pattern that should be followed.

• 1655

Mr. Charest: We have been concerned with the fact that some people have alluded to Mr. Johnson's being either of black origin or Jamaican origin. I want to add that he is a Canadian citizen. We have always viewed him as a Canadian citizen and there has been absolutely no doubt. I can tell you, in this government's mind that he is a Canadian citizen. He has been treated equally with all the rights and privileges.

Ms Greene: I did not say that. I said young people in particular feel disillusioned.

Mr. Charest: I understand that. I just wanted to add that for my own benefit. Yes, we have sensed, as all people have, that young people who admire athletes look up to them. This has an impact on them and on role models. I guess that is a question we may want to address after the Dubin inquiry reports.

My first area of concern is that we get to the bottom of matters and that we try to get to the truth and deal with facts. This has not been easy, as you know. Members will remember when this whole thing happened in Seoul. I referred to the athletes. The reaction was a high level of emotion that is not conducive to a situation where we can put forward initiatives that will have their full impact.

I think after the Dubin inquiry has completed its work, I would certainly be very open to look at things that we can do to deal specifically with those incidents and those members of our Canadian community who need special attention in regard to those specific incidents.

In the meantime, we have the Fair Play Commission, which was put forward in 1986 and which deals with those issues and tries to get the messages out. If you go to arenas in Canada, you may see some of our posters up on fair play in sport—in hockey. This is part of the general initiative that the government addressed to young people in trying to inculcate in them the general values of sport that are positive.

[Translation]

Mme Greene (députée de Don Valley-Nord): Comme je suis enseignante, je sais que lorsque l'affaire Ben Johnson a éclaté, les étudiants étaient tout à fait anéantis, surtout ceux originaires de la Jamaïque et des Antilles. Maintenant, il n'y a plus de doute possible. Ben Johnson est un menteur et un tricheur. Je me demande ce que vous prévoyez de faire pour régler le grave problème de tous ces jeunes gens désillusionnés, qui ont découvert que leur héros n'était qu'un menteur et un tricheur. Avez-vous l'intention de les rencontrer, de leur proposer d'autres modèles à suivre afin qu'ils ne prennent pas exemple sur Ben Johnson.

M. Charest: Nous avons été préoccupés par le fait que certains ont fait illusion à la race noire ou à l'origine jamaïcaine de M. Johnson. Je tiens à dire qu'il est citoyen canadien. Nous l'avons considéré comme citoyen canadien, et je peux vous dire que dans l'esprit des membres de notre gouvernement, il n'y a absolument aucun doute quant au fait qu'il est citoyen canadien. Il a été traité sur le même pied que tous ses concitoyens, avec tous les droits et les privilèges que lui confère sa citoyenneté canadienne.

Mme Greene: Je n'ai pas dit cela. J'ai dit que les jeunes, en particulier, étaient désillusionnés.

M. Charest: Je le comprends. Je tenais seulement à ajouter cette précision. Effectivement, nous constatons, comme tout le monde, que les jeunes qui admirent des athlètes les prennent comme modèles. L'influence de ces modèles est très forte sur eux. Je suppose que c'est une question sur laquelle nous voudrions peut-être nous pencher lorsque l'enquête Dubin aura remis son rapport.

Ma première préoccupation est d'aller au fond des choses et d'essayer de mettre à jour la vérité et les faits. Cela n'a pas été facile, comme vous le savez. Les députés se rappelleront de l'atmosphère qui régnait lorsque ces événements sont arrivés à Séoul. Il y a eu parmi les athlètes une réaction extrêmement émotive, et la situation ne se prêtait guère à des initiatives de notre part qui auraient eu leur plein impact.

Quand la commission Dubin aura terminé son travail, je serai certainement tout disposé à examiner ce que nous pouvons faire au sujet de ces incidents et à l'égard des membres de la communauté canadienne qui ont besoin d'attention spéciale eu égard à ces incidents précis.

En attendant, nous avons la Commission pour l'esprit sportif, qui a été créée en 1986 et qui s'occupe de questions de ce genre en s'efforçant de transmettre un message à la population. On peut voir un peu partout dans les arènes du Canada des affiches destinées à promouvoir l'esprit sportif dans tous les sports, particulièrement au hockey. Cela fait partie du train de mesures que le gouvernement a prises pour s'adresser aux jeunes et pour tenter de leur inculquer des valeurs positives dans le domaine du sport.

[Texte]

Ms Greene: Good. The other area I would like you to comment on is the discrimination against young people and people in general who are women in your department and in sports in general, including the lack of an equal allocation of resources and the lack of opportunity in various sports.

I was involved in Toronto with the hockey issue. In the riding, we had a hockey team in which we had five- and six-year-old children playing. Some of them were female, and they were ejected from the Metro Toronto Hockey League because they had female children playing hockey.

I was also involved in the Justine Blainey case. As a result, all the parks and recreation commissioners in Metropolitan Toronto brought forward a proposal and all the parks and recreation programs are now non-discriminatory. You still see, at the federal level and the provincial level, inequity in resources and also still a perpetuation of lack of opportunity.

Mr. Charest: You bring up a very interesting issue, especially in the context of sport. Often sport, from a sociological point of view, is a microcosm of society with its own specific rules. This is what is interesting about it. Just to give you an idea of what I am referring to in terms of—

Mrs. Clancy: Or tragic.

Mr. Charest: It can vary and it is interesting. There are a lot of things, if we observe them and analyse them, we can draw experiences from. The example I was going to give is hockey. Where else in our society can you actually hit somebody and be physically aggressive and it is institutionally recognized with a two-minute penalty and distinguished from something else within its own rules?

If you look at the issues that relate to women in sport, you also find a lot of interesting evolutions. In 1896, when the first edition of the modern games happened, of course, women did not participate. It was unthinkable that women would actually participate in sport in 1896, as a lot of people today laugh when we mention to them that Canada would like to see—and I would like to see—women and women's hockey in future Olympic Games. That is ridiculous. Women's hockey? Who would think of it?

The cases you are referring to are precedent-setting cases. There was one young woman who wrote to me after watching the Calgary games to ask me why there was no Olympic hockey for women. We are all in favour, as you know, of promoting women in sport, but we all have to be more than just in favour. Those are just words. We have a direct women's program in Fitness and Amateur Sport that preoccupies itself with those issues and seeks to promote women and to avoid and identify discriminatory

[Traduction]

Mme Greene: Bien. Je voudrais maintenant aborder la question de la discrimination contre les jeunes et contre les femmes dans votre ministère et dans le sport en général, notamment l'inégalité dans la répartition des ressources et le fait que divers sports leur sont fermés.

Je me suis occupée du dossier du hockey dans la région de Toronto. Dans ma circonscription, nous avions une équipe de hockey formée d'enfants de cinq et six ans, dont quelques filles. Cette équipe a été expulsée de la ligue de hockey de l'agglomération de Toronto parce que l'on prétendait vouloir faire jouer des filles.

Je me suis également occupée de l'affaire Justine Blainey. À la suite de cette affaire, tous les directeurs des parcs et des loisirs dans la région de Toronto se sont entendus pour éliminer toute discrimination dans les programmes de loisirs. Mais dans les administrations fédérales et provinciales, vous constaterez qu'il y a encore une certaine inéquité dans l'attribution des ressources, et des jeunes continuent de se voir interdire certaines activités.

M. Charest: Vous soulevez une question fort intéressante, en particulier dans le domaine sportif. Du point de vue sociologique, le sport est souvent un microcosme de la société, régi par ses propres règles particulières. C'est un aspect très intéressant de la question. Pour vous donner une idée. . .

Mme Clancy: Cela peut aussi être tragique.

M. Charest: Cela dépend, mais c'est intéressant. On peut observer et analyser beaucoup de choses et en tirer des enseignements. Je voulais donner l'exemple du hockey. Nulle part ailleurs dans notre société on ne peut trouver d'exemple d'une situation où l'on peut frapper quelqu'un, faire preuve d'agressivité physique et s'en tirer avec une pénalité de deux minutes officiellement sanctionnée. C'est un monde à part, qui a ses propres règles.

Si l'on regarde la place des femmes dans le sport, on constate une évolution très intéressante. En 1896, lors de la première édition des jeux Olympiques modernes, les femmes ne participaient évidemment pas. Il était impensable que les femmes puissent participer à des activités sportives en 1896, tout comme les gens s'esclaffent aujourd'hui lorsque nous leur disons que le Canada voudrait, que je voudrais moi-même voir les femmes participer aux épreuves de hockey dans les futurs jeux olympiques. C'est ridicule. Du hockey féminin? Pour la plupart des gens, c'est inimaginable.

Dans les affaires que vous avez mentionnées, des précédents ont été établis. Après les jeux Olympiques de Calgary, une jeune femme m'a écrit pour me demander pourquoi il n'y avait pas de hockey olympique pour les femmes. Nous sommes tous, comme vous le savez, en faveur de l'accès des femmes aux activités sportives, mais il faut faire plus que d'être en faveur. Ce sont seulement des mots. Nous avons au ministère de la Condition physique et du sport amateur un programme

[Text]

situations. Hockey is a good example. The team from my area won in British Columbia the women's Canadian championship of hockey, and this means that in the next few years we are going to be preoccupied with that.

[Translation]

expressément chargé des dossiers des femmes. Ce service s'efforce de promouvoir la place des femmes dans les sports et de déceler et d'éliminer les cas de discrimination. Le hockey est un bon exemple. Une équipe de ma région a gagné en Colombie-Britannique le championnat canadien de hockey féminin. Il est certain qu'au cours des prochaines années, nous allons nous occuper de ce dossier.

• 1700

We intend as a government to do whatever we can to eliminate discrimination against women and help society evolve towards a situation where women participate equally. But, as members around the table will realize, there are a lot of things in peoples' minds that may be happening 10 years from now but today they are unthinkable. They think it is unthinkable that women would participate equally, but I can assure you that if history is any indication then we are in for a lot of surprises in the area of women's participation in sport in the next few years, and I think it is going to be very positive for us.

Ms Greene: I find it just in moving from Toronto to Ottawa. My 11-year-old daughter has had to change schools. In North York in the public schools the sports were totally integrated; they did not have boys' teams or girls' teams at all at the lower level. I suppose that as you move up higher there is more of a reason for it, if there is a real difference. But here we are back to the old girls and boys in separate teams, not playing together, and an awful lot has to be done all the way down the line in terms of direct funding and strong encouragement.

Mr. Charest: I am also informed—and this will explain to Mr. Kilgour and to myself why we have all these policies—that we have financial incentives in our programs and policies for those sports that demonstrate that they have women participating on an equal basis.

Ms Greene: Do you analyse your statistics on the...?

Mr. Charest: I have not seen the recent ones.

Ms Greene: I would like to see some statistics on the amount of resources, because the ones I have seen in the past are shocking.

Mr. Charest: I probably can guarantee you we have statistics.

Ms Greene: They are 10%, 9%...

Mrs. Clancy: I would like to follow up on the line started by my colleague Ms Greene. There is a women's directorate; I understand that.

Notre gouvernement entend faire tout son possible pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes et pour aider la société à évoluer vers une situation où les femmes participeraient en toute égalité. Les membres du Comité sont certainement conscients, toutefois, que bien des choses qui seront monnaie courante dans 10 ans sont aujourd'hui impensables dans la mentalité actuelle. Bien des gens ne peuvent s'imaginer que les femmes puissent participer également, mais si l'on en juge par l'évolution historique, je peux vous assurer que nous aurons beaucoup de surprise pour ce qui est de la participation des femmes dans les sports au cours des prochaines années, et je crois que ce sera une évolution très positive pour nous.

Mme Greene: J'ai constaté un changement simplement en déménageant de Toronto à Ottawa. Ma fille de 11 ans a dû changer d'école. Dans les écoles publiques de North York, les sports étaient totalement intégrés; il n'y avait pas du tout d'équipes de filles ou de garçons aux échelons inférieurs. Je suppose qu'à mesure que les jeunes avancent en âge, la séparation des sexes se justifie davantage, dans la mesure où il y a vraiment des différences. Mais ici, il nous a fallu revenir à l'ancien système, c'est-à-dire que les filles et les garçons ne jouent pas ensemble, mais dans des équipes séparées, et il y a énormément de travail à faire à tous les échelons pour ce qui est du financement direct et de l'encouragement.

M. Charest: On m'informe également—et cela répond aux questions de M. Kilgour et de moi-même relatives à l'existence d'un grand nombre de politiques—que nous incorporons dans nos programmes et dans nos politiques des stimulants financiers pour les sports montrant qu'ils permettent aux femmes de participer sur un pied d'égalité.

Mme Greene: Analysez-vous des statistiques?

M. Charest: Je n'ai pas vu les chiffres les plus récents.

Mme Greene: Je voudrais voir certaines statistiques sur l'attribution des ressources, car les chiffres que j'ai vus dans le passé étaient scandaleux.

M. Charest: Je peux probablement vous garantir que nous avons des statistiques.

Mme Greene: La proportion était de 10 p. 100 ou 9 p. 100...

Mme Clancy: Je voudrais reprendre dans le même veinage que ma collègue M^{me} Greene. Je crois savoir qu'il y a une direction chargée des femmes.

[Texte]

Mr. Charest: Yes.

Mrs. Clancy: But I also understand that there are no specific programs for women and that much of the money allocated is for sports, such as hockey and football, at a more adult level, if you will, with a majority of male participants. Can you show us that there is any light at the end of the tunnel in the way of specific monetary allocations for development of women's programs in sport?

I say that in light of the fact that in spite of the historically slow development of acceptance of women in some sports, you may or may not be aware that 50 years ago Canada had a world-class women's basketball team, known as the Edmonton Grads, and we also had some pretty fine women's baseball teams in Canada quite a long time ago. So this slowly getting used to women participating in predominantly male sports is perhaps not as entrenched in the Canadian psyche as we sometimes think.

Mr. Charest: I certainly accept your lesson of history, and you are right: once in a while we tend to underestimate the evolution. I thank you for your comment.

One of the problems we have is a jurisdiction problem, and it refers to your problem, Ms Greene. The federal government at certain levels just does not have that jurisdiction, especially when it is young women participating directly in sport. It is funded by the province or funded by local municipalities. We have to be very frank and say that we cannot always reach that level directly. But as a general principle within the department we try to adopt guidelines that encourage that and to identify cases of discrimination that we can deal with at our level while encouraging the evolution and participation of women in sport.

Mrs. Clancy: Following on that and switching to a slightly different tack, could you tell me, with the exception of Abby Hoffman, what proportion of your employees in your department are female, above the clerical or secretarial ranks?

• 1705

Mr. Charest: That low, is it? This is the first time I have seen everybody lost for—

Mrs. Clancy: I am afraid in the annals of feminism it is not the first time for some of us.

Mr. Charest: Probably not.

Mr. Makosky: I will undertake to get that more specifically—

[Traduction]

M. Charest: Oui.

Mme Clancy: Mais je sais également qu'il n'y a aucun programme précis s'adressant expressément aux femmes et qu'une bonne partie de l'argent est attribuée à des sports, par exemple le hockey et le football, qui comptent une forte majorité d'hommes à un niveau qui se rapproche davantage de celui des adultes, si l'on peut dire. Pouvez-vous nous montrer qu'il y a de l'espoir à l'horizon pour ce qui est des sommes que l'on consacre à la promotion des femmes dans les sports?

Je voudrais ajouter une chose: bien que la société ait mis beaucoup de temps à accepter la présence des femmes dans certains sports, vous ignorez peut-être qu'il y a 50 ans, le Canada possédait une équipe de basketball féminine de calibre mondial, équipe qui s'appelait les Grads d'Edmonton, et nous avons également des équipes de baseball féminines assez compétitives au Canada il y a très longtemps. Aussi cette difficile acceptation des femmes dans les sports à prédominance masculine n'est peut-être pas aussi profondément enracinée dans la conscience collective canadienne que nous avons parfois tendance à le croire.

M. Charest: J'accepte certainement votre petite leçon d'histoire, car vous avez raison de dire qu'il nous arrive parfois de sous-estimer l'évolution. Je vous remercie de vos observations.

L'un des problèmes qui se pose est celui du partage des compétences; c'est l'une des facettes de votre problème, madame Greene. Le gouvernement fédéral n'est tout simplement pas habilité à intervenir à certains niveaux, en particulier pour ce qui est des jeunes femmes qui participent à certaines activités sportives. Ces activités sont financées par la province ou par les municipalités. Il faut voir la réalité telle qu'elle est et nous avouer que nous ne pouvons pas toujours intervenir directement. Mais sur le plan des principes, nous essayons dans mon ministère d'adopter des lignes directrices qui encouragent cette évolution et de déceler les cas de discrimination quand nous sommes habilités à intervenir, tout en encourageant l'évolution et la participation des femmes dans les sports.

Mme Clancy: Je voudrais poursuivre cette discussion sous un angle légèrement différent. Pourriez-vous me dire, à l'exception de Abby Hoffman, quelle proportion des employés de votre ministère sont des femmes occupant des postes supérieurs à ceux de commis ou de secrétaire.

M. Charest: C'est vraiment aussi bas? C'est la première fois que je vois tout le monde chercher vainement. . .

Mme Clancy: Je crains que ce ne soit pas le première fois pour certaines d'entre nous, dans les annales du féminisme.

M. Charest: Probablement pas.

M. Makosky: Je m'engage à obtenir un chiffre plus précis.

[Text]

Mrs. Clancy: I would very much like to have this.

Mr. Makosky: There will probably be two relevant categories. One would be what we call the consultant level, which is the vast number, above the clerical level, of our sport and fitness side. In general terms on the fitness side I would guess we are closer to 60:40 male to female. On the sport side I would not want to venture. It would be a higher proportion. In the executive group I think three of the eight are women, what we call—

Mrs. Clancy: But you will be able to provide me with those figures at a later date.

Mr. Makosky: Yes.

Mrs. Clancy: This has been touched on to a degree—and again I understand your jurisdictional problem—but on the whole matter we have been talking about relating to the use of drugs in sport it seems to me there is a reaction—and I agree very strongly with the previous speaker's statement about the disillusionment of the children of Canada, which of course is very important—but there is also a real problem in the minds of an awful lot of people I have spoken to about spending their money to achieve gold medals. It is not that doing that is not important and not that it does not relate to national pride and national achievement, but there are many, many communities across this nation that could benefit from money going into supporting different sports programs for younger Canadians of both sexes that do not necessarily stream them into a national achievement level; in other words, the kid, male or female, who just wants to play hockey for fun and for fitness, etc., but cannot do it because there is no rink or because there is no equipment available. I understand your jurisdictional problem, but do not you think there is a way you could get around this and you could spend more money in that area?

Mr. Charest: It is the classic debate. Provinces have that debate. I remember in Quebec when they had a change of government in 1976 from the provincial Liberals to the Péquistes, the Péquistes were very much versed on mass participation. I do not think the Liberals had any specific ideological bent on sport, but the Péquistes did, and there was a contrast. We have that debate on a cyclical basis.

The way we have evolved in Canada in sport over the last few years is very interesting. In the early 1970s we noticed we did not have a sport system per se, or not a very sophisticated one, as we were leading up to the 1976 games. The first Best Ever excellence program was put in

[Translation]

Mme Clancy: J'aimerais beaucoup avoir ce renseignement.

M. Makosky: Il y aura probablement deux catégories distinctes. La première serait ceux que nous appelons les experts-conseils, qui forment la majeure partie des effectifs au-dessus du niveau du soutien, du côté du sport et de la condition physique. De façon générale, pour ce qui est de la condition physique, je dirais qu'il y a environ 60 p. 100 d'hommes et 40 p. 100 de femmes. Du côté du sport amateur, je ne voudrais pas m'aventurer. La proportion est sans doute plus élevée. Dans le groupe des cadres, je crois que trois des huit sont des femmes, pour ce qui est de ce que nous appelons. . .

Mme Clancy: Mais vous pourriez me fournir les chiffres exacts plus tard.

M. Makosky: Oui.

Mme Clancy: La question dont je voudrais maintenant traiter a été abordée dans une certaine mesure, et encore une fois je comprends que vous avez un problème du côté du partage des compétences, mais dans toute l'affaire de l'usage des drogues dans le sport qui font les manchettes par les temps qui courent, il me semble qu'il y a une réaction—et je suis tout à fait d'accord avec l'intervention précédente au sujet de la désillusion des enfants du Canada, ce qui est évidemment très important—mais il y a également un véritable problème dans l'esprit d'une foule de gens que j'ai rencontrés pour ce qui est de l'argent que l'on dépense en vue de décrocher des médailles d'or. Non pas que ce ne soit pas important, non pas que cela ne contribue pas à relever la fierté nationale et le sentiment d'appartenance, mais il y a beaucoup, beaucoup de collectivités d'un bout à l'autre de notre pays qui bénéficieraient de ces fonds s'ils étaient consacrés à d'autres programmes sportifs destinés aux jeunes Canadiens des deux sexes, sans nécessairement les diriger vers un niveau de réussite sur le plan national. Autrement dit, le jeune garçon ou la jeune fille qui veut simplement jouer au hockey pour son propre plaisir et pour se maintenir en bonne condition physique, etc; ne peut pas le faire parce qu'il n'y a pas de patinoires ou d'équipement à sa disposition. Je comprends encore une fois votre problème en matière de compétence, mais ne croyez-vous pas qu'il y aurait moyen de contourner ce problème et de dépenser davantage dans ce secteur?

M. Charest: C'est le débat classique. C'est un débat qui fait rage dans les provinces. Je me rappelle qu'au Québec, lorsqu'il y a eu changement de gouvernement en 1976, alors que le pouvoir est passé des libéraux aux péquistes, les péquistes favorisaient énormément la participation de masse. Je ne pense pas que les libéraux avaient une inclination idéologique quelconque dans le domaine du sport, mais les péquistes en avaient une et le changement a été frappant. C'est un débat qui surgit de façon cyclique.

Il est très intéressant de retracer l'évolution des sports au Canada ces dernières années. Au début des années 1970, nous avons remarqué que nous n'avions pas de véritable système dans le domaine des sports, ou du moins que notre système n'était pas très raffiné, en prévision des

[Texte]

place then. What was key to our sport evolution in the country was the 1969 task force report on sport, which proposed, *grosso modo*, the system we now have. The National Sport and Recreation Centre is a very good example of that. That was proposed in the task force report, implemented, and the carding system is all a result of that task force report in 1969. So our system has evolved that way.

Simultaneously, we have had these debates over time on whether we should be doing mass participation on what we called "leisure activities". That is what we call in French *les loisirs*. The way it has evolved from the 1970s all the way to 1988, which I would say has to be the year where following Seoul we are going to revisit and look at these things again. . . the way it has evolved is that the provinces have mostly assumed the jurisdiction over leisure, mass participation—I say generally—while the federal government has mostly assumed the high-performance programs. That is the way it has evolved generally, over different governments and time. Things have settled that way.

Mrs. Clancy: But it is not enshrined in sections 91 and 92.

Mr. Charest: No, you are right; thank God.

Mrs. Clancy: Well, perhaps this time of national soul-searching could be a time to make a change.

Mr. Charest: From time to time we do adjustments. Lyle Makosky mentioned a while ago that among the criteria we look at in funding this new system is participation. We look at sports. What is your participation base? In 1988, at the Calgary Olympics, Otto Jelinek announced that one of the new criteria of funding would be participation. What is your base, for every national sport? Tell us how many people are involved in it. We will take that into account in our funding decisions. It is not only the obsession with the medal count, as you mentioned, that we try to stay away from. When I went to Seoul before the games, I was asked those questions that we are always asked: how many medals will we get? We always try to stress, well, it is not the medals. . .

[Traduction]

Jeux de 1976. C'est alors que l'on a mis en place le premier programme d'excellence «Mieux que jamais». Ce qui a marqué profondément l'évolution des sports au Canada, c'est le rapport publié par le groupe d'étude en 1969, dans lequel on proposait, *grosso modo*, le système que nous avons actuellement. Le Centre national du sport et de la récréation en est un très bon exemple. La création d'un tel centre était proposée dans le rapport du groupe d'étude. De même, le système des brevets résulte des recommandations formulées dans le rapport de 1969. C'est ainsi que notre système a évolué en ce sens.

Simultanément, il y a eu un débat sur la question de savoir si nous devrions nous lancer dans la participation de masse à ce que nous appelons en français les loisirs. La façon dont les choses ont évolué depuis les années 70 jusqu'en 1988, qui est, je dirais, l'année charnière, au cours de laquelle les événements de Séoul nous ont amenés à nous pencher de nouveau sur toutes ces questions, les choses, donc, ont évolué de telle sorte que les provinces ont assumé la plus grande part des responsabilités en ce qui concerne les loisirs et la participation de masse—je dis bien de façon générale—tandis que le gouvernement fédéral s'occupe surtout des programmes axés sur la haute performance. Telle fut l'évolution générale, au fil des années et sous divers gouvernements. C'est ainsi que les choses ont été établies.

Mme Clancy: Mais ce n'est pas inscrit dans les articles 91 et 92.

M. Charest: Non, vous avez raison; Dieu merci.

Mme Clancy: Eh bien, peut-être le temps est-il venu d'apporter un changement, en cette époque d'examen de conscience national.

M. Charest: De temps à autre nous apportons des rajustements. Lyle Makosky a mentionné il y a quelques instants que la participation est l'un des critères dont nous tenons compte pour le financement de ce nouveau système. Pour chaque sport, nous nous demandons quel est le nombre de participants. En 1988, aux Jeux olympiques de Calgary, Otto Jelinek a annoncé que l'un des nouveaux critères de financement serait la participation. Nous demandons à chaque association sportive de nous dire quel est leur appui, combien de personnes participent à leurs activités, et nous en tenons compte dans nos décisions en ce qui concerne le financement. Ce n'est pas seulement l'obsession relative au nombre de médailles, à laquelle vous avez fait allusion, que nous essayons d'éviter. Quand je suis allé à Séoul avant les Jeux, on m'a posé la question que l'on nous pose toujours: combien de médailles allons-nous gagner? Nous essayons toujours d'insister sur le fait que ce n'est pas seulement le nombre de médailles. . .

• 1710

An athlete who gets a medal is an exceptional athlete. What we look at is our evolution. Every time I tell that story, to tell you the truth, they are not interested. But it does not stop people from commenting that the only

Tout athlète qui gagne une médaille est un athlète exceptionnel. Nous nous intéressons plutôt aux progrès d'ensemble. A chaque fois que je fais cette réponse, je vous le dis franchement, les gens ne sont pas intéressés.

[Text]

thing Charest is interested in is medals. It is just part of our culture. We have to look at it that way. When things are so entrenched in our culture it is going to take some time to change. I agree with you, we have to revisit it.

There is another school of thought that says you need the heroes. You have to have the heroes. You have to have the role models. But when the role model has a problem, you have the reverse effect. So there are the two schools of thought. They compete continuously, and we as a government seek a balance. I think we are going to have to try to determine where our values lie ultimately, in the pursuit of excellence.

Mr. Halliday (Oxford): Mr. Minister, we have certainly enjoyed your presentation here today and the way you have handled your questions.

Two of my questions are kind of supplementaries to Mrs. Clancy's. With regard to the disabled, I was pleased to notice in your statement today that you do have a program of fitness for disabled persons, and probably something in sport as well. You have a staff of 110. How many of that staff of 110 would be disabled persons?

Mr. Charest: One.

Mr. Makosky: It really depends on your definition of disabled.

Mr. Halliday: My colleagues on the committee for the status of disabled persons would be unhappy if I did not ask this question, because the question is being put and has been put in the past to every department. Your officials have answered this question in the past. But 1% or less than 1% is really way below even the federal government average, let alone what we think it should be. So maybe you might want to look at that in your term as minister to see—

Mr. Charest: We have not had a chance to talk a lot about that. But that has been an area also where we have done a lot of work. . . Rick Hansen and André Viger are two world-class athletes who have inspired us to the point where we have promoted sports for the disabled—Mr. Brewin would know about that—for the 1994 Commonwealth Games. At the Francophone Games, there will be demonstration races of wheelchair athletes, and that is not easy.

Some of the forms we go into with sports for the disabled are north-south forms. They present their own particular context with countries of the South. That is another thing that is very particular to Canadian culture

[Translation]

Mais cela n'empêche pas les gens de répéter à tout propos que Charest s'intéresse seulement aux médailles. Cela fait partie de notre culture. Il faut en prendre son parti. Il faut un certain temps pour changer quelque chose qui est si profondément enraciné dans notre culture. Je suis d'accord avec vous, il faut réexaminer notre attitude à ce sujet.

Il y a une autre école de pensée selon laquelle il faut des héros. Nous avons besoin de héros, de modèles de comportement. Mais quand c'est le modèle qui a un problème, il y a une réaction en sens contraire. Il y a donc deux écoles de pensée, un débat perpétuel, et nous, du gouvernement, devons chercher à établir un équilibre entre les deux. Je crois qu'il va nous falloir déterminer en fin de compte quelles sont nos valeurs en ce qui concerne la poursuite de l'excellence.

M. Halliday (Oxford): Monsieur le ministre, nous avons certes beaucoup apprécié votre exposé ici aujourd'hui et la façon dont vous avez répondu aux questions.

Deux de mes questions font suite à celles posées par M^{me} Clancy. En ce qui concerne les handicapés, je constate avec plaisir qu'il est précisé dans votre déclaration d'aujourd'hui que vous avez effectivement un programme de condition physique pour les personnes handicapées et probablement un programme pour ces mêmes personnes dans le domaine du sport également. Vous avez un effectif de 110 personnes. Combien de ces 110 personnes sont des personnes handicapées?

M. Charest: Une seule.

M. Makosky: Cela dépend en fait de votre définition de personne handicapée.

M. Halliday: Mes collègues du Comité de la condition des personnes handicapées me reprocheraient de ne pas avoir posé cette question, car nous la posons et nous l'avons toujours posé à tous les ministères. Vos collaborateurs ont répondu à cette question dans le passé. Mais cette proportion de 1 p. 100 ou même moins de 1 p. 100 est très inférieure à la moyenne de la Fonction publique fédérale, sans parler de la proportion que nous souhaiterions voir. Vous voudrez donc peut-être vous pencher sur la question pendant votre mandat à ce poste pour voir. . .

M. Charest: Nous n'avons pas eu l'occasion d'en parler beaucoup. Mais c'est également un domaine où nous avons fait beaucoup de travail. Rick Hansen et André Viger sont deux athlètes de calibre mondial qui nous ont inspirés, au point où nous avons favorisé l'inscription des sports pour personnes handicapées aux Jeux du Commonwealth de 1994. M. Brewin pourrait vous le confirmer. Aux Jeux de la Francophonie, il y aura des courses de démonstration d'athlètes en fauteuil roulant, et l'on sait que de telles courses sont très éprouvantes.

Les épreuves sportives pour handicapés ont certaines caractéristiques propres en ce qui concerne les relations Nord-Sud. Les athlètes handicapés ont des liens étroits avec leurs homologues des pays de l'hémisphère sud. C'est

[Texte]

and very much due to the work of André Viger and Rick Hansen and Rick Hansen's world tour. I think Canadians identify with disabled athletes in a very positive way. I think it is quite evident that that has been key to the acceptance of these disabled people in our society.

Right now, Rick Hansen is engaged in certain projects with us. As most members of this House know, he is very convincing and very persistent.

Mr. Halliday: I am sure your colleagues in the secretariat for the disabled in Secretary of State were approached, and I would be surprised if you or your officials were not approached by a professional colleague of yours from the southern States, a Mr. Russell Moon. He wants to establish a football team in Montreal, composed entirely of disabled persons. This team would compete on a level playing field with all the other professional teams in Canada. He, with the sponsorship of the private sector, would bus in school children to these games from the surrounding areas of Quebec and Ontario. Were your officials approached by him?

Mr. Charest: Not to our knowledge, Dr. Halliday. We will check with that. Somebody from my office says that something has been done. I do not have personal knowledge of it.

• 1715

Mr. Halliday: I would be interested in getting the response of you and your officials at a subsequent date, by letter, to that representation, which was most interesting. He did a lot of work preparing it and he was very sincere.

Mr. Charest: We will look at it. . . although I want to warn members of the committee that sport, playing the role it does in our culture and our society, we get a lot of requests for a lot of things from smaller team levels, too, and a lot of them come in.

I say that because it is a matter of fact and reality for us that we have to deal with a lot of them. Most of them we cannot help because of our limited resources.

Mr. Halliday: Getting back to the second subject that Mrs. Clancy was on, the subject of the future of sport in Canada and the issue of high performance versus high participation, I guess as minister you have acknowledged that you do have the funding power to direct funds to groups in the provinces, provided they use the funds the way you wanted them used. I am stressing the fact that maybe you could influence the development of sport at the very community level to a greater extent than we have as a federal government. That is one point.

[Traduction]

encore une caractéristique particulière de la culture canadienne et c'est dû en grande partie au travail d'André Viger et de Rick Hansen et notamment à la tournée mondiale de ce dernier. Je crois que les Canadiens s'identifient de façon très positive avec les athlètes handicapés. Je pense qu'il est très évident que cela a joué un rôle clé dans l'acceptation des personnes handicapées dans notre société.

A l'heure actuelle, Rick Hansen participe à certains projets à nos côtés. Comme la plupart des députés le savent, il est très convaincant et très opiniâtre.

M. Halliday: Je suis certain que vos collègues du Secrétariat des personnes handicapées au Secrétariat d'État ont été pressentis et je serais étonné que vous-même ou vos collaborateurs n'ayez pas été pressentis également par l'un de vos collègues et homologues des États du Sud, un certain Russell Moon. Il veut créer une équipe de football à Montréal qui serait composée entièrement de personnes handicapées. Cette équipe compétitionnerait à armes égales avec toutes les autres équipes professionnelles du Canada. Avec l'appui du secteur privé, cet homme voudrait amener par autobus des écoliers qui viendraient assister à ces matchs en provenance des régions environnantes du Québec et de l'Ontario. Cet homme a-t-il communiqué avec vos fonctionnaires?

M. Charest: Pas à notre connaissance, monsieur Halliday. Nous allons vérifier. Un de mes collaborateurs me dit qu'il y a eu quelque chose en ce sens. Je n'en ai pas eu connaissance personnellement.

M. Halliday: J'aimerais que vous me fassiez connaître, dans une lettre que vous pourriez m'envoyer plus tard, quelle a été votre réponse et celle de vos collaborateurs à la démarche très intéressante de cet homme. Il a fait beaucoup de travail pour se préparer et il est très sincère.

M. Charest: Nous allons examiner la chose. Je tiens toutefois à avertir les membres du Comité que dans le domaine des sports, compte tenu du rôle important des sports dans notre culture et dans notre société, nous recevons constamment une foule de demandes de la part d'équipes sportives de tous les niveaux.

Je fais cette mise au point parce que c'est la réalité quotidienne pour nous, nous sommes submergés par les demandes. Dans la plupart des cas, nous ne pouvons les aider à cause de nos ressources limitées.

M. Halliday: Pour revenir à la deuxième question de M^{me} Clancy, à savoir l'avenir des sports au Canada et le débat quant aux mérites respectifs de l'élite sportive et de la participation de masse, je pense qu'en tant que ministre, vous avez reconnu que vous avez bel et bien le pouvoir d'accorder directement des fonds à des groupes provinciaux, pourvu qu'ils utilisent ces fonds de la manière que vous prescrivez. Je voudrais insister sur le fait que vous pourriez peut-être favoriser la participation sportive au niveau de la base dans une plus grande

[Text]

The other point on this same subject is related to the terms of reference of your department—namely, on page one, “to promote, encourage and develop fitness in amateur sport in Canada”.

The word “amateur”: as you look down the road and you talk about history being hard to predict 10 years from now, is it not time we got rid of the word “amateur”? You talked about the money you are paying to our “professional athletes”. It seems to me that the problems we are having in sport are at the professional level, to a large degree. The violence in sport and our role models that you speak of and the idols we have in hockey and football tend to be at the professional level—certainly in the team sports it has been at the professional level—and not at the amateur level. I am wondering whether we are not coming to the time when your responsibility should be more than just amateur sport, but also professional sport.

Mr. Charest: Well, that is a good question. There has been some discussion that we should change the act and modernize the 1961 act and eliminate the word “amateur” and just include the Minister of Sport. That would be a modern version.

Frankly, when the issue came up before the last election, because of the very heavy legislative agenda of the government, I did not ask that the act be changed. There was a proposal and some discussion on it. I have not done it this time either because the legislation which is there now is, as I mentioned at the beginning, is enabling legislation. I am satisfied with it. I think it gives us a large enough mandate and I am not sure that the semantics of the word are an impediment to us doing our job.

Certainly, to get to the substance of the issue, the amateur, that whole status and concept has evolved radically over the last few years, to say the least, and the line is very fuzzy between who is amateur and who is professional. For that reason, we have to look at this also and how we deal with it.

As far as professional sports are concerned, I think we have look at professional sports for what it is. It is first and foremost business. Now, the National Hockey League is a business operation, entertainment operation, that happens to have as its activity sport. Same thing for other professional leagues. For that reason, I am not sure it would be appropriate for the sport minister of a country to be intervening in the activities of the NFL. It is a lot more for the Department of Industry, Science and Technology.

Mr. Brewin: Privatization, if you want.

[Translation]

mesure que nous ne l'avons fait jusqu'à maintenant en tant que gouvernement fédéral. C'est le premier point.

L'autre volet de cette même question a trait au mandat de votre ministère. Je lis à la page 1 que ce mandat est «d'aider à la promotion et au développement du sport amateur pour les Canadiens».

En ce qui concerne le mot «amateur», je sais que vous avez dit qu'il est difficile de prédire quelle sera la situation dans dix ans, mais au moment où l'on se tourne vers l'avenir, n'est-il pas temps de se débarrasser de ce mot «amateur»? Vous avez parlé de l'argent que nous consacrons à nos «athlètes professionnels». Il me semble que les problèmes qui se posent dans le domaine du sport se situent en grande mesure au niveau professionnel. La violence dans les sports et les modèles de comportement dont vous avez parlé, les idoles du hockey et du football sont surtout des professionnels et non pas des amateurs, en tout cas en ce qui concerne les sports d'équipe. Je me demande si le moment ne serait pas venu de vous préoccuper non pas seulement du sport amateur, mais également du sport professionnel.

M. Charest: Eh bien, c'est une bonne question. Il y a eu certaines discussions; il a été question de modifier et de moderniser la Loi de 1961 et d'éliminer le mot «amateur», de sorte que le titre du ministre serait simplement ministre des Sports. Ce serait une version moderne.

En toute franchise, lorsque la question a été soulevée avant les dernières élections, étant donné que le gouvernement avait un calendrier législatif très chargé, je n'ai pas demandé cette modification à la Loi. Il en a été question et on en a quelque peu discuté. Je ne l'ai pas fait cette fois-ci non plus parce que la Loi qui existe actuellement est une loi habilitante, comme je le disais au début. J'en suis satisfait. Je crois qu'elle nous confie un mandat suffisamment large et je ne pense pas que la présence de ce seul mot soit un obstacle qui nous empêche de faire notre travail.

Chose certaine, pour aller au fond des choses, le statut et la notion même d'amateur ont changé radicalement ces dernières années, c'est le moins que l'on puisse dire, de sorte qu'il est maintenant très difficile de faire la distinction entre les amateurs et les professionnels. C'est sous cet angle qu'il faut l'envisager.

En ce qui concerne les sports professionnels, je pense qu'il faut bien voir que les organisations de sports professionnelles sont d'abord et avant tout des entreprises commerciales. La Ligue nationale de hockey est une entreprise commerciale dans le domaine du divertissement; il se trouve que son domaine d'activité est le sport. C'est la même chose pour les autres ligues professionnelles. C'est pourquoi je ne suis pas certain qu'il conviendrait que le ministre des Sports d'un pays intervienne dans les activités de la Ligue nationale de football. Cela relève bien plus du ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie.

M. Brewin: Ou de la privatisation, si vous voulez.

[Texte]

Mr. Charest: We could privatize the National Football League or the National Hockey League, but it is a business deal. We have experienced that through transactions we have seen.

When Mr. Gretzky moved from Edmonton, it created quite an uproar in Canada and some emotion, but I think people finally concluded that what they were dealing with was not a sport issue, it was a business issue with business people doing business together. Mr. Kilgour could tell us a lot more about that from his experience in the National Hockey League.

Mr. Kilgour: I have never been referred to as being in the entertainment business, but—

Mr. Keyes: You were not very good.

Some hon. members: Oh, oh.

Mr. Charest: Well, you are now.

Mr. Kilgour: I have been called a lot of things, but never an entertainer.

Mr. Charest: Yes, well we are now, so that is the way we see it.

Last, I would not close off the possibility of changing the act. It is just to give you the bottom of my heart. . . I do not feel it is a priority because the act enables us to do what we want to do now and what we need to do.

Mr. Halliday: Thank you.

• 1720

Mme Gabrielle Bertrand (députée de Brome—Missisquoi): Monsieur le ministre, les membres du Comité entendent beaucoup parler des grandes politiques du ministère. Permettez-moi de vous féliciter. Je pense que vous nous les avez exposées de façon presque magistrale aujourd'hui. Le D^r Halliday a ouvert une porte, et je voudrais continuer dans cette veine.

Nous sommes membres du Comité, mais nous sommes d'abord députés. Étant députés, nous sommes les représentants de nos électeurs et électrices. On vient frapper à la porte de nos bureaux de député presque chaque semaine, et je suis certaine qu'on vient aussi frapper à la porte du ministre directement. De nombreux groupes de sportifs, en hockey, en natation, en ski nautique, en alpinisme, etc., pensent que le gouvernement peut les aider et s'y attendent. Ces groupes communautaires font des efforts énormes pour s'autofinancer. Ils sont formés de parents bénévoles, d'organisateurs qui incitent leurs jeunes à faire des lavages d'automobiles, à vendre des barres de chocolat et à entreprendre toutes sortes d'autres activités pour essayer de se financer pour pouvoir aller représenter leur municipalité dans une autre province ou même représenter le Canada à l'étranger.

[Traduction]

M. Charest: Nous pourrions privatiser la Ligue nationale de football ou la Ligue nationale de hockey, mais il s'agit d'une transaction commerciale. Nous avons vu des exemples de transactions de ce genre.

Quand M. Gretzky a quitté Edmonton, cela a provoqué tout un tollé au Canada et beaucoup d'émotions, mais je crois que les gens en sont finalement arrivés à la conclusion que cela ne concernait nullement les sports, qu'il s'agissait d'une affaire purement commerciale, d'un marché conclu entre gens d'affaires. M. Kilgour pourrait nous en dire beaucoup plus long, à partir de son expérience dans la Ligue nationale de hockey.

M. Kilgour: On n'a jamais dit de moi que je travaillais dans le domaine du divertissement, mais. . .

M. Keyes: Vous n'étiez pas très bon.

Des voix: Oh! Oh!

M. Charest: Eh bien, vous l'êtes maintenant.

M. Kilgour: On m'a traité de tous les noms possibles, mais jamais d'amuseur public.

M. Charest: Oui, eh bien, nous le sommes maintenant, c'est ainsi que nous voyons les choses.

En terminant, je ne voudrais pas exclure totalement la possibilité de modifier la loi. Mais pour vous dire le fond de ma pensée là-dessus, je ne trouve pas que c'est prioritaire parce que la loi nous permet actuellement de faire ce que nous voulons faire et ce que nous devons faire.

M. Halliday: Merci.

Mrs. Gabrielle Bertrand (Brome—Missisquoi): Minister, committee members have been hearing a lot about major departmental policies. I would just like to commend you for the way in which you explained those policies so completely today. Dr. Halliday began a particular line of questioning, and I think I would like to continue in that vein.

We are, of course, members of this committee, but we are first and foremost Members of Parliament. As MPs, we must represent our constituents. Almost every week, people come knocking on the doors of our riding offices, and I am certain that some people even knock directly on the Minister's door. Many sports groups, be they involved in hockey, swimming, water skiing, mountain climbing, or whatever, believe the government can help them and expect to receive such help. Community groups are making a tremendous effort to become self-financed. They are made up of volunteers and organizers who encourage their young people to have car washes, chocolate bar drives and other such activities with a view to raising enough money to be able to represent their municipality in another province, or even represent Canada abroad.

[Text]

D'une part, on sait que votre ministère ne donne jamais d'argent directement à ces groupes-là. Vous nous répondez que vous donnez l'argent aux fédérations et que ce sont les fédérations qui donnent. . . Quels sont les critères de ces fédérations? Est-ce qu'il y en a d'abord? Est-ce que ces fédérations doivent donner un certain pourcentage de l'argent qu'elles reçoivent? Est-ce qu'elles doivent le redistribuer? Quand ces groupes locaux demandent de l'argent aux fédérations, les fédérations répondent qu'elles n'ont plus d'argent: On n'en reçoit pas assez du gouvernement et on n'en a plus pour vous. Comment ces groupes peuvent-ils aller chercher un peu d'argent auprès des fédérations?

M. Charest: C'est toute la question de notre système, des juridictions. Le gouvernement fédéral étant le gouvernement «national», en principe—je dis bien en principe parce que ce n'est pas une règle absolue—, nous accordons des subventions pour des projets d'envergure nationale ou internationale. S'il y a un événement d'ordre national dans un comté, un championnat national par exemple, il arrive que le gouvernement fédéral et mon ministère accordent une subvention. On trouve toutes sortes de moyens d'en accorder. Vous savez, avec le temps, on crée des choses et des mécanismes: on va payer une réception pour tous les athlètes au lieu de donner une subvention directement. On invente parfois, mais cela fait partie de l'évolution.

Il arrive souvent qu'à titre de députés, on est sollicités. Je pense qu'aucune semaine ne se passe sans qu'on soit sollicités par une équipe sportive ou un athlète qui demande de l'aide financière. La façon dont les juridictions sont structurées est telle que nous, en principe, on subventionne des fédérations nationales. On leur laisse le soin de s'entendre avec leurs fédérations provinciales pour gérer leurs affaires. S'il y a des plaintes, les fédérations provinciales peuvent nous le faire savoir, mais somme toute, cela va relativement bien. On dit aux différents requérants au niveau local, que ce soit des équipes de hockey qui vont à un championnat national ou autre chose, que s'ils veulent des fonds, ils doivent en demander à leur fédération provinciale qui, elle, fait affaire avec la fédération nationale. Ces fédérations sont censées mettre en place les systèmes requis pour faire leurs opérations. Au fond, le gros bon sens nous indique que les gouvernements des provinces doivent aussi subventionner l'activité locale à ce niveau-là. Chacun essaie d'occuper une place dans le système. Ce n'est pas le gouvernement d'une province qui paie un championnat national ou qui paie les frais d'une équipe au niveau international, du moins pas dans tous les cas.

C'est comme cela qu'on fonctionne. De temps en temps, il nous arrive d'aider indirectement un groupe qui a un projet précis. On essaie de faire des choix. Mais généralement, lorsque nous accordons une aide, nous l'accordons aux fédérations nationales. On a notre programme d'aide aux athlètes, notre programme de condition physique. Si on accorde une aide, généralement, c'est parce que l'événement est d'ordre

[Translation]

We all know that your department does not give money directly to those groups. You have told us that you give the money to the federations and the federations are responsible for passing it along. . . but what criteria do these federations use? First of all, are there any criteria? Do the federations have to pass on a certain percentage of the money they receive in grants? Are they required to redistribute it? When local groups ask the federations for money, they reply that they do not have any; that they do not get enough from the government and they do not have any to pass on to them. What can these groups do to try and get a little money from the federations?

Mr. Charest: Well, that raises the whole issue of our system and the various areas of jurisdiction. Because the federal government is the "national government" generally speaking—and I say generally speaking because this is not a hard and fast rule—we provide grants only for national or international projects. If there is a national event being held in a riding—a national championship, for instance—the federal government and my department may provide a grant. We find all sorts of ways of doing that. With time, as you know, we have been able to establish a certain number of mechanisms; for instance, we may host a reception for all the athletes, rather than giving them a direct grant. Sometimes we have to invent new ways, but that is all part of moving things forward.

As Members of Parliament, we are often solicited by various groups. I do not think a week ever goes by that we are not solicited by a team or an athlete who needs financial assistance. The jurisdictional structure of our system is such that we, generally speaking, subsidize the national federations. We leave it up to them to reach an agreement with their provincial federations as to the way they want to manage their affairs. If there are complaints, the provincial federations can make us aware of them, but on the whole, things are working quite well. Local applicants, be they hockey teams going to a national championship or another group altogether, are told that if they want funding, they must request it from their provincial federation which deals with the national federation. These federations are supposed to put the systems in place to carry out their operations effectively. Of course, common sense tells us that provincial governments must also subsidize local activities in that regard. Everybody tries to occupy a position within the system. But a provincial government does not pay for a national championship or an international team, at least, not in all cases.

So, that is the way the system operates. From time to time, we do provide indirect assistance to a group with a specific project. We try to be selective. But generally speaking, when we do provide assistance, we provide it to the national federations. We have our own athlete assistance program and our own fitness program. If we provide funding, it is usually because it is a national or international event. We do occasionally make exceptions

[Texte]

national ou international. Parfois on fait des exceptions à la règle en aidant un groupe qui fait une demande particulière, mais c'est rare. C'est comme cela que le système fonctionne en ce moment.

• 1725

Mme Bertrand: Ce que je souhaiterais, monsieur le ministre, c'est que les fédérations nationales assument certaines responsabilités. Ce sont elles qui reçoivent votre argent et elles se doivent de le redistribuer. Il semble qu'elles répondent aux fédérations provinciales qu'elles n'ont pas suffisamment d'argent ou qu'elles n'en ont pas. Finalement, l'argent de nos gouvernements n'arrive pas à la base.

M. Charest: Je sais par expérience que c'est une source de frustration pour les députés que de se faire répondre qu'ils doivent s'adresser à la fédération nationale. Pour la personne qui habite Cowansville, la fédération nationale de je ne sais trop quel sport, c'est loin. Il me semble que c'est haut dans la hiérarchie. Cependant, cela n'enlève rien au fait que c'est aux fédérations de mettre sur pied un système qui réponde aux besoins de leurs membres. C'est une des raisons pour lesquelles on encourage les fédérations à obtenir du financement de leurs membres en exigeant les cotisations requises. Cela permet aussi aux membres d'exiger des comptes de leurs fédérations provinciale et nationale. Une fédération nationale a habituellement des représentants des provinces. C'est à eux d'administrer leur système.

Malheureusement, on n'a pas suffisamment d'argent pour payer ces activités. En tant que députés, hommes ou femmes, il me semble que c'est la demande qu'on reçoit le plus souvent. C'est désolant un peu. Pour employer l'expression connue, c'est «plate». Ce sont des activités qui sont bénéfiques pour notre société, pour ces jeunes, et on doit, plus souvent qu'autrement, leur répondre négativement. Mais gardons à l'esprit qu'on a chacun notre rôle à jouer, et que si chacun le joue raisonnablement, on va pouvoir satisfaire à ces demandes. Plus souvent qu'autrement, les gens s'arrangent assez bien pour réaliser leurs projets.

Mme Nicole Roy-Arcelin (députée d'Ahuntsic): Monsieur le ministre, aux Jeux olympiques d'hiver de Calgary, on a réussi à se classer au 10^e rang, alors qu'avant les Jeux, on pensait se classer au 8^e ou au 9^e rang.

On a un climat idéal pour les sports d'hiver, c'est-à-dire un hiver neigeux, froid et surtout très long. Est-ce qu'on fait de la recherche pour savoir à quel niveau se situent nos faiblesses? Est-ce un manque de motivation, un manque d'argent, un manque d'équipement, un manque d'entraîneurs? Qu'est-ce qui se passe? Il semble qu'à un certain niveau, il y ait des athlètes qui démissionnent un peu vite.

M. Charest: Pour ce qui est des sports d'hiver, il est assez intéressant de constater que la performance du Canada ne s'est jamais située au niveau auquel on pouvait

[Traduction]

to the rule by assisting a group with a specific request. But it is rare. So, that is the way the system currently operates.

Mrs. Bertrand: Well, Minister, I would like to see the national federations assume certain responsibilities. They are the ones that receive your money, and it is up to them to redistribute it properly. It would seem they are always telling the provincial federations that they don't have enough money, or that they don't have any at all. The result is that our government's money is not reaching the grassroots.

Mr. Charest: I know through my own experience that it is frustrating for Members of Parliament to be told that they have to go to the national federation. For someone living in Cowansville, the national federation of whatever sport it may be seems pretty remote. It seems to me it's pretty high up in the hierarchy. But it is nevertheless the responsibility of the federations to establish a system that meets the needs of their members. That is one of the reasons why we encourage the federations to get some of their funding from their own members, by requiring them to contribute. That also allows members to hold their provincial and national federations accountable. A national federation usually has provincial representation. But it is up to them to administer their system.

Unfortunately, we do not have enough money to pay for those kinds of activities. I believe this is the kind of request most often made to Members of Parliament, both men and women. It is unfortunate. It's a real bore, as they say. These are activities that are beneficial for our society and for our young people, and more often than not, we have to turn them down. But let's not forget the role that each of us has to play, and if each of us plays that role in a reasonable fashion, we will be able to meet those demands. More often than not, people are able to cooperate in order to attain their goals.

Mrs. Nicole Roy-Arcelin (Ahuntsic): Minister, at the Calgary Winter Olympics, we ranked 10th, whereas before the Games, we thought we might rank 8th or 9th.

We have an ideal climate for winter sports, in that we have a cold, snowy and very long winter. Has research been done on where our weaknesses lie? Is the problem a lack of motivation, a lack of money, a lack of equipment, or a lack of coaches? What is the problem? It would seem that at a certain level, some athletes are giving up rather quickly.

Mr. Charest: As far as winter sports go, it's interesting to note that Canada's performance has never been at the level one might expect given our climate. Some sports are

[Text]

s'attendre compte tenu de notre climat. Il y a des sports qui sont bien connus comme le hockey sur glace. C'est évident que la performance du Canada dans ce sport est très élevée. Dans les autres sports d'hiver, notre performance n'a pas été à la hauteur de ce à quoi on pouvait s'attendre compte tenu du climat.

Différentes choses expliquent cela. Je peux vous mentionner une étude récente faite par le ministère du Tourisme du Québec. Je n'ai pas les données, mais j'en avais pris connaissance l'an dernier. Cette étude révélait que les Canadiens et Canadiennes, les Québécois et Québécoises adoraient l'eau. Peut-être que cela a à voir avec notre hiver qui est si long, mais ce sont des gens qui adorent l'été et qui adorent l'eau. Cela explique peut-être un élément de notre culture, un élément qu'on pourrait explorer et qui pourrait expliquer nos performances. Il y a du travail à faire de ce côté-là.

Vous avez mentionné les entraîneurs. Cette année, 1989, est l'Année nationale de l'entraîneur. C'est là un élément qui a été identifié clairement comme étant une lacune dans notre système sportif. Le Canada a un besoin important d'entraîneurs à temps plein et rémunérés. C'est un domaine où on peut faire davantage. Pour améliorer notre système sportif et nos rendements, on a déjà invoqué la possibilité d'identifier les athlètes à un âge beaucoup plus jeune qu'on ne le fait actuellement. J'ai des réserves là-dessus. Je pense que c'est sujet à débat. Avant de dire qu'il faut les identifier à 7 ou 8 ans et les entraîner, on va y penser sérieusement. Mais il y a certainement une chose que l'on peut faire: c'est avoir plus d'entraîneurs à temps plein, et rémunérés.

• 1730

Sur le plan du marché de l'emploi, c'est une indication de l'évolution de notre marché de l'emploi. Voilà un emploi qui sera probablement en croissance dans les années 90. Cela dénote une évolution de notre société et du marché du travail, et il y a des choses à faire dans ce domaine. J'ai demandé à Emploi et Immigration d'explorer la possibilité de poser des gestes pour encourager la présence, sur le marché du travail, d'entraîneurs à temps plein et rémunérés. J'emploie les deux termes parce que c'est cela qui est la clé du succès. Cela pourrait sans doute améliorer de beaucoup les performances sportives du Canada. On reconnaîtrait ainsi le fait qu'on a dépassé le stade de la personne qui s'occupe de cela bénévolement.

The Chairman: Thank you, Madam. Thank you, Mr. Minister. I think in light of the time, unless anybody has a very short one—

Mr. Brewin: I promised my colleague, Steve Butland from Sault St. Marie, that if I got a chance I would ask a 60-second question; and I think it would be a 60-second answer.

The Chairman: I have never seen a 60-second answer from a minister.

[Translation]

well-known, like ice hockey, for instance. Of course, Canada performs very well in this sport. In other winter sports, our performance has not been as good as we might have expected, given our climatic conditions.

There are a number of reasons for that. I might just mention a study recently conducted by the Quebec Ministry of Tourism. I don't have the date here, but I did have a chance to look at the study last year. It revealed that Canadians and Quebecers love the water. Maybe it has something to do with our long winter, but the fact is that Canadians love the summer season, and love the water. That is perhaps an aspect of our culture that we may wish to explore and that may explain our performance. Some work could probably be done along those lines.

You mentioned coaches. This year, 1989, is National Coaching Year. That is, in fact, an area that has been identified as being deficient in our sports system. Canada has a significant need for full-time, paid coaches. That is an area where we could be doing more. In order to improve our sports system and our performances, we have considered identifying athletes at a much earlier age than we currently do. I, myself, have some reservations about that. I think its merits are debatable. Before we decide that we want to identify them at 7 or 8 years of age and train them, we are going to consider it very seriously. But there is one thing we can do: have more paid, full-time coaches.

As regards the labour market, it is an indication of the way in which the labour market is evolving. That is an employment area where there will probably be growth in the 1990s. It shows the way in which our society and our labour market are evolving, and something can be done in that regard. I have asked Employment and Immigration to consider doing something to encourage the presence in our work force of full-time, paid coaches. I say "full-time" and "paid", because that is the key to success. I am sure that would allow us to greatly improve Canada's performance. We would also be recognizing that we have now gone beyond the stage where this can be handled only by volunteers.

Le président: Merci, madame. Merci, monsieur le ministre. Étant donné l'heure, à moins que ce soit une toute petite question. . .

M. Brewin: J'ai promis à mon collègue, Steve Butland de Sault St. Marie, de poser une question de 60 secondes, si on m'en donnait la possibilité; je pense qu'elle devrait donner lieu à une réponse de 60 secondes.

Le président: Je n'ai jamais entendu une réponse de 60 secondes de la part d'un ministre.

[Texte]

Mr. Brewin: Stop me at 60 seconds, and try the answer too.

The Chairman: Okay, we will try it.

Mr. Brewin: Mr. Butland has been pressing a concern arising out of a tragic accident to a young boxer who was left without insurance; he spoke to the minister about it. Apparently most of the athletic associations now have liability insurance but it comes and goes, depending on cost. I was wondering if the minister would look at establishing a mandatory requirement that athletic associations carry insurance as a condition of funding.

Mr. Charest: It is quite a problem for us, Mr. Chairman. No later than 1987 or 1986 when there was a bit of a crisis in the area of liability insurance for sports federations, the prices went way up.

The case you are referring to, which I am aware of, is a sad case that is before the courts now. The possibilities from what I understand of the person's getting compensation are in question. In those years when there was a difficulty, we put together a committee to try to deal with the issue, and we have been pretty successful.

I will ask Mr. Makosky if he can give us an update on where we are at in the area of liability insurance and that issue for sport federations and for sport generally, including professional sports. All the sectors of sport have been affected by this issue of liability insurance.

Mr. Makosky: I do not want to pre-empt what hopefully will become an announcement this summer by the minister, but let me say that we are—

Mr. Charest: Well, do not. I do not get much good news these days.

Mr. Makosky: We hope the minister is close to announcing it. We are in the final stages of negotiating a new national insurance service.

It has been our conclusions after the study that while the liability crisis has reduced since the mid-1980s to the current situation where liability insurance coverage can be obtained at reasonable rates for most sport bodies, in the long term that support and security is not guaranteed. It is in the best interest of the sport community to develop its own capacity to manage its future.

To do this, we need a secure, centralized data base so that we can record our claims data. It is our findings that our ability to command reasonable rates is dependent upon our ability to produce statistical data of claims history. One needs to have the claims data and one needs to have a linkage with insurance companies that are prepared to work with one to provide risk management education, claims data, and a centralized data base. We have all those pieces together, and we have a relationship

[Traduction]

M. Brewin: Arrêtez-moi au bout de 60 secondes; même chose pour la réponse.

Le président: D'accord, on va essayer.

M. Brewin: M. Butland ne cesse de parler de la situation d'un jeune boxeur qui s'est trouvé sans assurance à la suite d'un accident tragique; je pense qu'il en a parlé avec le ministre. Il paraît que la majorité des associations sportives ont maintenant des assurances, mais la situation change selon le coût de ces assurances. Je me demandais si le ministre envisagerait d'exiger que les associations sportives soient assurées pour recevoir des fonds.

M. Charest: Pour nous, c'est un véritable problème, monsieur le président. En 1986 ou 1987, il y a eu une sorte de crise pour les fédérations sportives qui cherchaient à se faire assurer, parce que les prix sont montés en flèche.

Le cas que vous soulevez, et dont je suis au courant, est en effet tragique, et la question est actuellement devant les tribunaux. D'après ce que j'ai pu comprendre, la personne en question a très peu de chance d'obtenir des paiements compensatoires. Au moment où cela a commencé à poser un problème, nous avons établi un comité pour aborder la question, et nous avons eu un certain succès.

Je vais demander à M. Makosky de nous mettre à jour sur la question des assurances des fédérations sportives et dans le domaine du sport en général, y compris le sport professionnel. Tous les secteurs du sport ont été touchés par cette question des assurances.

M. Makosky: Je ne voudrais pas devancer le ministre en annonçant quelque chose avant la date, prévue pour cet été, mais permettez-moi de vous dire. . .

M. Charest: Alors, ne le faites pas. Je n'ai pas souvent de bonnes nouvelles à annoncer.

M. Makosky: Nous espérons que le ministre pourra bientôt l'annoncer. Nous sommes en effet à l'étape finale de nos négociations en vue d'établir un nouveau service d'assurance national.

A la suite de l'étude, nous avons conclu que les prix ont peut-être baissé depuis la crise qui s'est produite au milieu des années 80, à tel point que la majorité des organismes sportifs peuvent actuellement obtenir des assurances à un prix raisonnable, mais qu'à long terme, l'accès permanent à ces assurances n'était pas garanti. C'est dans l'intérêt de la communauté sportive d'être en mesure d'assurer son avenir.

Pour ce faire, nous avons besoin d'une base de données sûre et centralisée de façon à y introduire nos données en matière de sinistre. Nous sommes d'avis que notre capacité d'offrir des tarifs raisonnables dépend de la mesure dans laquelle nous pourrions produire des données statistiques sur les sinistres. De telles données sont indispensables, et il faut également la collaboration de compagnies d'assurance qui sont prêtes à travailler avec nous pour nous permettre d'en savoir plus sur la gestion

[Text]

with a couple of major agencies. This is all quite close to being part of a final package.

Long-term security is what we want. It is no longer a big issue right with few exceptions. However, we do not want it to come around again when the inevitable insurance cycle bottoms out several years from now and the sport community is in trouble again. We want to protect our future. We have taken steps to do it and we are close to finalizing it.

Mr. Kilgour: To the minister, I was interested hearing earlier his commitment or an initiative to meeting cordially with the national sport organizations. Is that correct?

Mr. Charest: Yes, I think it was quarterly.

Mr. Kilgour: I congratulate you on that initiative. I think more and better communication is always welcome. I am certain in this instance it would go along way toward bridging some of the differences that already exist between different parties.

• 1735

I would only comment, Mr. Chairman, that it is unfortunate we do not have a subcommittee of this committee for amateur sport and fitness, because it is certainly a topic that would create a lot of discussion. A lot of situations have to be resolved not only with regards to the Dubin inquiry but also with all the concerns of the NSOs and so on. So I thank you for the opportunity to be here with the minister and ask questions of him.

The Chairman: Thank you, Mr. Kilgour. You raise an issue that I think the committee will be dealing with in a number of other areas in the very near future.

Mr. Minister: I take this opportunity to extend our sincere thanks to you for appearing before the committee today. It is obvious from the questions and the length of time we have spent with you the interest that members have and the diversity of not only your portfolio but also the work that this committee has. We have four jurisdictions, ministries under our mandate, and it is almost overwhelming when we try to sort out the various areas, all of which have importance to us all.

As an Albertan, from the province that got rid of Wayne Gretzky, I watched the Olympics with the pride that all Canadians felt at that time and saw a close friend of mine, Lanny MacDonald, get his ring after 16 years of playing—starting junior hockey in my hometown. We all realize the ups and downs that sports have, certainly the fitness role that all of us at some time are involved in.

[Translation]

des risques, d'obtenir des données sur les sinistres et de créer une base de données centralisée. Nous avons réuni tous ces éléments, et nous avons des rapports suivis avec un certain nombre d'agents importants. Nous pourrions bientôt annoncer un ensemble de mesures.

Ce que nous cherchons à garantir, c'est la sécurité à long terme. Pour l'instant, cela ne pose pas de problèmes, sauf dans certains cas rares. Mais nous ne voudrions pas non plus que la communauté sportive soit de nouveau en difficulté dans quelques années lorsque le cycle recommencera. Nous voulons absolument protéger notre avenir. Nous avons donc pris des mesures à cette fin et nous mettons la dernière main à nos projets.

M. Kilgour: Je voudrais dire au ministre que cela m'a intéressé de l'entendre dire tout à l'heure qu'il prévoyait de rencontrer les organismes nationaux de sport. Est-ce bien son intention?

M. Charest: Oui, je pense que les réunions seront trimestrielles.

M. Kilgour: Je vous félicite de cette initiative. Je pense qu'il y a toujours lieu d'améliorer les communications. Je suis sûr que cela nous permettra, dans une large mesure, de résoudre les problèmes qui séparent les diverses parties.

Je ferai seulement observer, monsieur le président, qu'il est regrettable que nous n'ayons pas un sous-comité de notre Comité qui soit chargé expressément du sport amateur et de la condition physique car c'est certainement un sujet qui donnerait lieu à beaucoup de discussions. Bon nombre de dossiers doivent être réglés, non pas seulement en ce qui a trait à la Commission d'enquête Dubin, mais aussi au sujet des organisations sportives nationales, etc. Je vous remercie donc de m'avoir donné la possibilité de rencontrer ici le ministre et de l'interroger.

Le président: Merci, monsieur Kilgour. Vous avez abordé une question que le Comité devra se poser très bientôt dans un certain nombre d'autres domaines.

Monsieur le ministre, je profite de l'occasion pour vous remercier sincèrement d'avoir comparu devant notre Comité aujourd'hui. Le grand nombre de questions et le fait que nous vous avons retenu si longtemps montrent clairement l'intérêt des députés et aussi la grande diversité non seulement de votre portefeuille mais aussi du travail de notre Comité. Notre mandat comprend quatre ministères et c'est une tâche presque impossible d'essayer d'attribuer un ordre de priorité aux diverses activités qui ont toutes leur importance pour chacun d'entre nous.

En tant que député de l'Alberta, la province qui s'est débarrassée de Wayne Gretzky, j'ai suivi attentivement les Olympiques avec la fierté que tous les Canadiens éprouvaient à cette époque et j'ai vu un bon ami à moi, Lanny MacDonald, obtenir enfin sa bague après avoir joué pendant 16 ans dans ma ville natale, à partir du hockey junior. Nous sommes tous conscients que dans le

[Texte]

So I do sincerely thank you for appearing. We look forward to you coming back at any time again. This committee I think is receptive to meeting with ministers at opportunities that are of benefit certainly, I hope, to the minister and certainly to the committee.

Mr. Charest: Thank you. May I just add a word, Mr. Chairman. Yesterday I spoke to the Olympic Trust in a very informal way. The message I gave them and members of the sport community, which I hope to meet regularly in an informal way, is that whatever changes we undertake in the next few years will require some discipline on our part. What I have in mind and I think what members have in mind is the sports system 10 or 15 years from now. We have been through a bit of an emotional roller-coaster in the last few months with events.

When I look at changes in the system, what type of sports system will we have 10 or 15 years from now? We will have one and Canadians will have teams and we will do things. But the difficulty we have come upon from time to time is making sure we focus on that long-term priority.

I hope to work closely with the members of the committee in the next few months. We will have plenty of issues to discuss and I am very open to any invitation you may make to me. Thank you.

The Chairman: Thank you, Mr. Minister.

Just a reminder to the committee, we will meet at 9.30 a.m. tomorrow in Room 112 North. Dr. Pierre Bois of the Medical Research Council will be our witness.

I declare the meeting adjourned.

[Traduction]

sport, il y a des hauts et des bas et il est certain qu'à un moment ou l'autre, chacun d'entre nous est préoccupé par sa condition physique.

Je vous remercie donc sincèrement d'avoir comparu. Nous espérons que vous reviendrez nous voir. Je crois que notre Comité est toujours prêt à rencontrer les ministres; nous estimons que ces rencontres sont avantageuses pour les deux parties; chose certaine, elles sont avantageuses pour le Comité et nous espérons qu'elles le sont aussi pour le ministre.

M. Charest: Merci. Je voudrais ajouter quelques mots, monsieur le président. Hier, j'ai eu un entretien très informel avec les représentants du Trust olympique. Le message que je leur ai transmis, à eux et à tous les membres de la communauté sportive, que j'espère rencontrer régulièrement de façon informelle, c'est que quels que soient les changements que nous entreprendrons au cours des prochaines années, il faudra une certaine discipline de notre part. Mon objectif, qui est aussi je crois celui des députés, c'est de mettre en place le système sportif pour les dix ou quinze prochaines années. Nous avons connu au cours des derniers mois toute une gamme d'émotions diverses.

Quand j'examine les changements à apporter au système, je me demande quel régime nous devrions avoir dans 10 ou 15 ans? Nous aurons un système quelconque, il y aura des équipes canadiennes et nous participerons à des activités. Mais le problème qui se pose de temps à autre c'est de s'assurer de ne pas perdre de vue cette priorité à long terme.

J'espère travailler étroitement avec les membres du Comité au cours des prochains mois. Nous aurons une foule de questions à discuter et je suis disposé à répondre favorablement à toute invitation de votre part. Merci.

Le président: Merci, monsieur le ministre.

Je rappelle aux membres du Comité que nous nous réunirons demain, à 9h30, dans la salle 112 nord. M. Pierre Bois, du Conseil de recherche médicale, sera notre témoin.

La séance est levée.



*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESS

From the Department of National Health and Welfare:

Lyle Makosky, Assistant Deputy Minister, Fitness and
Amateur Sport.

TÉMOIN

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

Lyle Makosky, sous-ministre adjoint, Condition
physique et Sport amateur.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 6

Thursday, June 15, 1989

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 6

Le jeudi 15 juin 1989

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Main Estimates 1989-90: Votes 65 and 70 under
NATIONAL HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1989-1990: crédits 65
et 70 sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET
BIEN-ÊTRE SOCIAL

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Le greffier du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, JUNE 15, 1989

(8)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:42 o'clock a.m. this day, in Room 112-N Centre Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Joy Langan, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White, Stan Wilbee.

Acting Member present: John F. Brewin for Chris Axworthy.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Antony G. Jackson and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the Medical Research Council of Canada: Dr. Pierre Bois, President; Dr. Lewis Slotin, Director, Programs Branch; Al Belliveau, Director, Corporate Management; Denis Saint-Jean, Director, Communications.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Friday, April 28, 1989, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1990. (*See Minutes of Proceedings, Wednesday, May 24, 1989, Issue No. 1*).

The Chairman called Votes 65 and 70.

Dr. Bois made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

At 10:56 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 15 JUIN 1989

(8)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 42, à la pièce 112-N de l'Édifice du centre, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Joy Langan, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White, Stan Wilbee.

Membre suppléant présent: John F. Brewin remplace Chris Axworthy.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Antony G. Jackson et Joan Vance, attachés de recherche.

Témoins: Du Conseil de recherches médicales du Canada: Le D^r Pierre Bois, président; le D^r Lewis Slotin, directeur, Direction des programmes; Al Belliveau, directeur, Direction de la gestion intégrée; Denis Saint-Jean, directeur, Communications.

En conformité de son mandat du vendredi 28 avril 1989, le Comité poursuit l'étude du Budget des dépenses principal pour l'exercice financier prenant fin le 31 mars 1990. (*Voir Procès-verbaux du mercredi 24 mai 1989, fascicule n° 1*).

Le président met en délibération les crédits 65 et 70.

D^r Bois fait une déclaration et, avec les autres témoins, répond aux questions.

À 10 h 56, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Thursday, June 15, 1989

• 0935

The Chairman: I will now call the meeting to order. We have a quorum. Again we are meeting to deal with our order of reference relating to the main estimates for 1989-90. This morning we will study more specifically the Medical Research Council estimates, and I will call votes 65 and 70.

We would like to welcome the witnesses this morning: Dr. Pierre Bois, President of the Medical Research Council of Canada; Mr. Al Belliveau, Director of Corporate Management; and Dr. Lewis Slotin, Director of Programs Branch. We thank all of you gentlemen for appearing before the committee today, and we look forward to your presentation. I am sure the committee members will have questions for all of you afterward.

I would remind members that I think there are commitments that many of us have at 11 a.m. So if we could try to wind up within that timeframe. I think it would be beneficial to all members.

Without further ado, Dr. Bois will read his brief presentation and then will receive questions.

Dr. Pierre Bois (President, Medical Research Council of Canada): Thank you, Mr. Chairman. I am very pleased to appear before this committee this morning to present the estimates of the Medical Research Council for 1989-90 and to discuss the council's planned activities for the year.

The MRC budget, as detailed in the main estimates recently tabled in the House, amounts to just under \$202 million dollars, of which \$197.1 million is allocated to grants and scholarships and \$4.8 million to administration. The budget amount represents an overall increase of 7.1% over the 1988-89 funding level.

In 1989-90 the council will be entering the third year of the matching grants policy. As you know, the policy includes a stabilized base budget, with additional government funds of a predetermined ceiling, provided to the council based on the level of private-sector contributions to university health science research.

• 0940

In May 1988 the government approved an increase of \$61 million to the council's base budget spread over a five-year period. This began in 1988-89 with additional funds of \$6 million, and increases progressively to 1992-93.

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le jeudi 15 juin 1989

Le président: La séance est ouverte. Nous avons le quorum. Nous reprenons l'étude de notre ordre de renvoi, le budget principal des dépenses pour 1989-1990. Ce matin, nous étudions plus particulièrement les prévisions budgétaires du Conseil de recherches médicales, et je met les crédits 65 et 70 en délibération.

Nous tenons à souhaiter la bienvenue à nos témoins. En l'occurrence, le D^r Pierre Bois, président du Conseil de recherches médicales du Canada; M. Al Belliveau, directeur de la gestion intégrée; et le D^r Lewis Slotin, directeur des programmes. Nous vous remercions, messieurs, d'être venus aujourd'hui et nous écouterons votre exposé avec attention. Je suis sûr que quelques membres du Comité voudront ensuite vous poser des questions.

Je rappelle aux membres du Comité que beaucoup d'entre nous ont des rendez-vous à 11 heures. Nous essaierons donc de nous en tenir aux heures de séance prévues, car ainsi, tout le monde sera satisfait.

Maintenant, le D^r Bois va lire son exposé et répondra ensuite aux questions.

Dr Pierre Bois (président, Conseil de recherches médicales du Canada): Merci, monsieur le président. C'est un honneur pour moi de comparaître devant le Comité ce matin pour présenter les prévisions budgétaires du Conseil de recherches médicales pour 1989-1990 et discuter des activités que le conseil souhaite entreprendre au cours de l'exercice financier.

Le budget des dépenses déposé à la Chambre récemment prévoit des dépenses de près de 202 millions de dollars pour le CRM, dont 197,1 seront réservés aux subventions et aux bourses pour le 4.8 millions de dollars serviront à l'administration. Cela représente une augmentation globale de 7,1 p. 100 par rapport à l'année dernière.

L'année 1989-1990 marque pour le conseil la troisième année de la politique des subventions de contrepartie. Vous savez sans doute que cette politique prévoit un budget de base assuré pour le CRM, auquel viennent s'ajouter des fonds supplémentaires fournis par le gouvernement, jusqu'à concurrence d'une limite qui est fonction des contributions du secteur privé à la recherche universitaire en sciences de la santé.

En mai 1988, le gouvernement a approuvé une augmentation de 61 millions de dollars, sur cinq ans, qui viennent s'ajouter au budget de base du conseil. Dès 1988-1989, le conseil recevait 6 millions de plus, et cette

[Texte]

when the amount approved will be \$19 million over the previously established base.

As a result of developments in medical research—for instance, in the areas of genetics, cancer, and diseases of the nervous system—the application pressure for research funds and for research training is now increasing significantly. With the funding currently available, the council can support only a limited percentage of the demands considered to be of high quality.

I am pleased to report today that the council's university-industry program is proving to be very successful. Now in its third year of operation, the program was designed to create opportunities for collaboration between Canadian companies and researchers in Canadian universities, and to increase, in partnership with the private sector, the level of university research. The council expended \$2.5 million on this program in 1988-89 and has budgeted \$4.5 million in 1989-90, with the private sector contributing approximately the same amount. It should also be noted that the private sector contributes to a number of research projects in universities where investigators are also funded through other MRC programs.

Finally, this year the council is also introducing a new clinician-scientist program. As the product of a series of special studies and investigations conducted over the past few years, the program will address the special needs of clinicians who are also trained as scientists and are prepared to make a major commitment to research.

I will now be pleased to answer questions and provide other information on the council's budget.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Bois. We appreciate the comments you have made, and certainly the areas you have touched on will raise some questions from members of the committee.

Ms Langan (Mission—Coquitlam): I wonder if you could tell me if the council has done any kinds of research regarding either the monitoring of or early detection of cancer, if there is any kind of information you are aware of that will, for example, talk about the survival of cancer and talk in terms of the disease-free survival. I am referring here to the cancer information service document that has been sent to us. It is the only thing available, they say. It is an American document for post-mastectomy patients, and it gives the possibility of recurrence:

Sixty percent of all recurrences appear within the first 3 years after initial treatment, 20% within the next 2 years, and 20% in later years.

In other words, they are telling us that they have just started at Health and Welfare compiling national data, and I am wondering if you are aware of or if your body

[Traduction]

somme grossira d'année en année, pour atteindre au total, en 1992-1993, une augmentation de 19 millions de dollars par rapport au budget de base fixé au départ.

La recherche médicale évolue rapidement, que ce soit en ce qui concerne la génétique, le cancer, ou les maladies du système nerveux, si bien que les demandes de financement pour des projets de recherche ou pour la formation de chercheurs ne cessent de croître. Étant donné les fonds mis à sa disposition, le conseil ne parvient à financer qu'un pourcentage très faible de projets par ailleurs très bien cotés.

C'est avec enthousiasme que je présente aujourd'hui un rapport sur le succès remporté par le programme université-industrie du conseil. Ce programme remonte à il y a trois ans et vise à donner aux chercheurs des sciences de la santé l'occasion de travailler en étroite collaboration avec ceux du milieu industriel et à stimuler la recherche universitaire basée sur le partenariat avec le secteur privé. Le conseil a dépensé 2,5 millions de dollars en 1988-1989 et prévoit consacrer à ce programme 4,5 millions de dollars en 1989-1990. Quand à la part du secteur privé, elle atteindra à peu près le même montant. Il faut remarquer que le secteur privé appuie aussi nombre de projets de recherches universitaires financés dans le cadre d'autres programmes du CRM.

En terminant, je voudrais parler du nouveau programme pour les cliniciens-chercheurs lancé à la suite d'études spéciales et d'enquêtes menées ces dernières années. Ce programme répondra aux besoins particuliers des cliniciens qui ont également une formation de scientifique et sont prêts à s'engager tout particulièrement dans la recherche.

Je répondrai maintenant volontiers à vos questions pour vous donner d'autres détails sur le budget du conseil.

Le président: Merci beaucoup, docteur Bois. Nous vous remercions de votre exposé, et je suis sûr que les domaines dont vous avez parlé feront l'objet de questions de la part des membres du Comité.

Mme Langan (Mission—Coquitlam): Pouvez-vous me dire si le conseil a fait des recherches concernant la surveillance ou le dépistage du cancer? Existe-t-il des rapports qui donneraient des renseignements, par exemple, sur le taux de survie ou qui renseigneraient sur les cas de ceux qui se sont débarrassés de la maladie? Je pense notamment au document d'information sur le cancer qui nous a été envoyé. On nous dit que c'est le seul document de ce genre. Il s'agit d'un document sur les patientes qui ont subi des mastectomies, et on indique les possibilités de rechute:

Soixante p. 100 de toutes les rechutes se produisent dans les trois premières années suivant le début du traitement, 20 p. 100 dans les deux années suivantes, et 20 p. 100 plus tard.

En d'autres termes, on nous dit qu'à Santé et Bien-être Canada, on vient de commencer à réunir des données nationales, et je me demandais si le conseil avait fait de la

[Text]

has done any kind of research on national data vis-à-vis breast cancer.

Dr. Bois: The council is not involved in issues of delivery of health care or public health. In the National Health and Research Development Program, NHRDP, which is the departmental agency for support of research for the Department of National Health and Welfare, research is usually in the area of delivery of health care, epidemiology and public health. Through an agreement going back at least 20 years, if not more, NHRDP is responsible for this general area of applied research. MRC supports basic clinical research as far as diseases are concerned but does not support projects that are usually supported by NHRDP. So it is a division of responsibility.

• 0945

Ms Langan: Could you clarify for example the kinds of cancer research you refer to in your statement?

Dr. Bois: The cancer research I was referring to in fact is more related to developments in recent years in the general area of molecular biology. There has been tremendous progress in the knowledge of molecular biology changes occurring at the cellular level in a number of diseases, especially in cancer. For instance there is the possibility of identifying the oncogenic level of activity in patients with cancer of the breast, which in itself is probably the best predictor of survival after surgery and all that. In other words, today the new knowledge of the basic phenomena underlying all human biology is providing new insights that were just impossible less than five years ago. So the molecular biology advance, especially in the area of genetics and cancer, gives an outlook that is certainly more promising than it ever was.

Ms Langan: Does the council have equity or parity in its research staff, its senior staff or on the board in terms of men and women? What are the numbers?

Dr. Bois: At the moment I think we have three.

Ms Langan: Out of how many?

Dr. Bois: Out of 21.

Ms Langan: What about in the senior office staff, aside from the clerical?

Dr. Bois: We are a small organization with 54 person-years.

Mr. Al Belliveau (Director, Corporate Management, Medical Research Council): On the senior staff we have one out of four, and at the intermediate level we have three out of five.

[Translation]

recherche permettant de diffuser des données nationales sur le cancer du sein.

Dr Bois: Le conseil ne s'occupe pas des actes médicaux ou d'hygiène publique. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a un organisme qui appuie la recherche, en l'occurrence, le Programme de recherche et de développement sur la santé nationale, qui s'occupe essentiellement des actes médicaux, d'épidémiologie et d'hygiène publique. Grâce à une entente vieille de 20 ans, et peut-être plus encore, le programme s'occupe de l'ensemble de la recherche appliquée. Le Conseil de recherches médicales appuie la recherche clinique pure du point de vue des maladies, mais il ne vient pas en aide aux projets qui sont d'habitude financés par le Programme de recherche et de développement de la Santé nationale. C'est un partage des responsabilités.

Mme Langan: Pouvez-vous, par des exemples, nous donner des précisions quant à la recherche sur le cancer dont vous parlez dans votre exposé?

Dr Bois: Quand j'ai parlé de recherche sur le cancer, je songeais précisément aux récentes découvertes dans le domaine plus général de la biologie moléculaire. Il y a eu des progrès sensibles permettant de mieux comprendre les modifications de la biologie moléculaire au niveau des cellules dans le cas d'un certain nombre de maladies, notamment du cancer. Par exemple, il est possible d'identifier le niveau oncogénique d'activité des patientes atteintes du cancer du sein, et cela, en soi, constitue sans doute le meilleur indice de survie pour les patientes qui ont subi une intervention chirurgicale. En d'autres termes, la connaissance que nous avons aujourd'hui des phénomènes fondamentaux qui sous-tendent toute la biologie humaine nous donne des possibilités qui n'existaient pas il y a moins de cinq ans. Les progrès de la biologie moléculaire, surtout dans le secteur de la génétique et du cancer, nous font espérer un avenir plus prometteur que jamais.

Mme Langan: Le conseil affiche-t-il la parité ou l'équité dans ses effectifs, ses cadres, ou encore le conseil d'administration? Quelle est la répartition entre les hommes et les femmes?

Dr Bois: Pour l'instant, nous avons trois femmes.

Mme Langan: Sur combien?

Dr Bois: Sur un total de 21.

Mme Langan: Et les cadres? Sans tenir compte du soutien administratif.

Dr Bois: Notre conseil est modeste, car nous n'avons que 54 années-personnes.

M. Al Belliveau (directeur de la gestion intégrée, Conseil de recherches médicales): Chez les cadres, un cadre sur quatre est une femme et, au niveau de la maîtrise, c'est trois sur cinq.

[Texte]

Ms Langan: The rest of your staff would be clerical. Are they all women?

Mr. Belliveau: No. I would say it is 50:50.

Ms Langan: Is it safe to assume that your degree is one of medical doctor or research doctor, somebody who would be able to answer this question? If one were testing for exposure to toxic substances, what kinds of tests would be required? Would you use urinalysis or blood tests or tissue samples?

• 0950

Dr. Bois: In a situation of—

Ms Langan: Where there was a suspicion of toxic chemicals.

Dr. Bois: This is very, very general. As you know, every children's hospital has a special service for—

Ms Langan: No, I am referring to adults in this particular instance.

Dr. Bois: Then I would say you would have to know a little bit about what kind of toxic substance is involved.

Ms Langan: But if you had no idea, and you had to check because there was a suspicion that there might some kind of toxic chemical, where would you start?

Dr. Bois: Is the chemical a gas? Is it some—

Ms Langan: Either breathed or handled.

Dr. Bois: You would have to have some idea of what kind of toxic substance is involved.

Ms Langan: You would have to do a blood test or a urine test?

Dr. Bois: Usually, but if you get to that point, the first thing is you would have is a patient who has accidentally swallowed something. You would try to find an emetic and have this substance vomited. Then if it is more than that, and even with that, you will always go to a hospital because—

Ms Langan: When they get to the hospital what kind of test would be done?

Dr. Bois: Then you certainly would wish to have a blood test, and if it is something that could be related to toxicity of the nervous system you would look at a special physical examination. It all depends on what you would expect, because there are a million toxic substances.

Ms Langan: The basics would be urinalysis, blood test, and maybe a tissue sample.

[Traduction]

Mme Langan: Le reste de vos effectifs s'occuperaient de soutien administratif, je suppose. S'agit-il uniquement de femmes?

M. Belliveau: Non. Je dirais que c'est partagé moitié-moitié.

Mme Langan: Je peux présumer que vous êtes docteur en médecine ou médecin-chercheur, et je suppose que je peux vous poser cette question. Si on voulait faire des analyses pour vérifier le contact avec des substances toxiques, quelles seraient-elles? Est-ce qu'il s'agirait d'analyses d'urine ou d'analyses de sang, ou encore de tissus?

Dr Bois: Dans une situation. . .

Mme Langan: Si on soupçonnait le contact avec des produits chimiques toxiques.

Dr Bois: Cette question est très vaste. Comme vous le savez, tous les hôpitaux pour enfants ont un service spécial pour. . .

Mme Langan: Je songeais à des adultes.

Dr Bois: A ce moment-là, il faudrait en savoir un peu plus long sur le genre de substance toxique soupçonnée.

Mme Langan: Mais si on ne sait absolument pas, et si on doit faire des analyses parce qu'on soupçonne qu'il se peut qu'il y ait eu contact avec un produit chimique toxique, par où commencerait-on?

Dr Bois: S'agirait-il d'un produit chimique sous forme de gaz? S'agirait-il. . .

Mme Langan: Il peut s'agir d'un produit inhalé ou touché.

Dr Bois: Il faudrait avoir une petite idée du genre de substance toxique soupçonnée.

Mme Langan: Il faudrait à ce moment-là faire une analyse de sang ou une analyse d'urine, n'est-ce pas?

Dr Bois: D'habitude, quand on en arrive là, on commence par se demander si le patient a avalé quelque chose accidentellement. On essaie de trouver un émétique pour que le patient vomisse. Ensuite, si on ne trouve pas, et même si on trouve, on se rend tout de suite à l'hôpital, car. . .

Mme Langan: Et une fois à l'hôpital, quel genre d'analyse fait-on?

Dr Bois: On souhaite en général faire faire une analyse de sang, et s'il s'agit d'une substance qui pourrait attaquer le système nerveux, on fait une auscultation particulière. Tout dépend de ce que l'on soupçonne, car il y a un million de substances toxiques.

Mme Langan: Au départ, il y aurait essentiellement une analyse d'urine, une analyse de sang et, ensuite peut-être, une analyse de tissus, n'est-ce pas?

[Text]

Dr. Bois: That is routine. That is why I said the hospital, because you would not do that in the office.

Ms Langan: That would be routine.

Dr. Bois: Absolutely.

Ms Langan: What about tissue sample? That would not be so routine?

Dr. Bois: Unless you have a suspicion that it is something that would involve absorption through the skin or... There are so many incredible situations that may happen.

The Chairman: Just before moving to our next questioner, Dr. Bois, you indicated in your opening remarks that the research centre received a 7.1% increase over the funding level of 1988-89. In the split between scholarships and administration costs, you have indicated \$197.1 million allocated in grants, and \$4.8 million in administration. Of the 7% increase, how much of that went to administration?

Mr. Belliveau: The administration increased only by just about \$600,000.

The Chairman: Out of an increase of \$214 million for the department, I gather.

Mr. White (Dauphin—Swan River): Dr. Bois, I have a few questions I would like to ask. Some of them are not directly related so I will ask the first couple, and then perhaps a bunch of two or three together, near the end.

You mention in your presentation that the MRC supports only a limited percentage of the demands you get for funds. I am interested in the last few words, "considered to be of high quality". Your estimate of the number of applications you expect to receive in 1989-90 is listed as 856. Would that be the total number of requests you receive, or the ones that you consider to be of high quality?

• 0955

Dr. Bois: This is under the heading of "new application". These are the total applications and they are reviewed by peer review committees. We have 23 to 25 committees, depending on the area of research. They rate these applications according to their quality and their potential to produce new knowledge. These ratings are then put together on a list and the council will support as many as possible, according to the budget.

What I wanted to say in the presentation is that when we cannot support more than 25%, 27% or 28% of applicants it means that we support the very highly rated projects, of course. There are still some very good proposals within the 35%. Any group of proposals or any group of students, for that matter, will produce a first third that is usually the best of the group. That is the same thing with these projects.

[Translation]

Dr Bois: Cela se fait de façon routinière. Voilà pourquoi j'ai parlé de l'hôpital, parce qu'un médecin ne peut pas faire cela à son bureau.

Mme Langan: C'est routinier, n'est-ce pas?

Dr Bois: Absolument.

Mme Langan: Et les échantillons de tissus? Est-ce que cela se fait de façon routinière?

Dr Bois: A moins que l'on soupçonne qu'une substance ait pu être absorbée de façon cutanée ou... Il y a tant de situations aberrantes où cela pourrait se produire.

Le président: Avant de donner la parole à quelqu'un d'autre, je voudrais revenir à ce que vous avez dit dans votre exposé. Vous avez dit que le conseil avait reçu 7.1 p. 100 de plus par rapport à son budget de 1988-1989. Comment le partage de cette augmentation s'est-il fait entre les subventions et les bourses et l'administration? Vous avez dit que vous aviez réservé 197.1 millions de dollars pour les subventions et que l'administration coûterait 4,8 millions de dollars. Quelle part de cette augmentation servira à l'administration?

M. Belliveau: Nos frais d'administration n'ont augmenté que de 600,000\$.

Le président: Et je pense que le conseil a reçu 214 millions de dollars de plus, n'est-ce pas?

M. White (Dauphin—Swan River): Je voudrais poser quelques questions au docteur Bois. Certaines n'ont rien à voir les unes avec les autres, si bien que je vais en poser quelques-unes, et je poserai les autres tout à l'heure.

Vous avez dit que le CRM ne pouvait appuyer qu'un modeste pourcentage des demandes. Je voudrais savoir ce que vous entendez par «projets très bien cotés». Vous pensez que vous recevrez 856 demandes pendant l'exercice financier 1989-1990, n'est-ce pas? S'agit-il de la totalité des candidatures, ou sont-ce là les projets très bien cotés?

Dr Bois: Il s'agit là des «nouvelles demandes». Il s'agit des demandes dont nous saisissons les comités de révision. Il existe de 23 à 25 comités, suivant le domaine de recherche. Ce sont eux qui donnent une cote à ces demandes en évaluant la qualité et le potentiel pour l'avancement des connaissances. Ces cotes forment ensuite une liste, et le conseil appuie le plus grand nombre de projets possible, compte tenu du budget.

Voici ce que j'ai voulu dire dans mon exposé. En appuyant 25, 27, 28 p. 100 des demandes, nous ne retenons que les projets très haut cotés, bien entendu. Cela laisse encore plusieurs demandes que nous écartons et qui appartiennent au tiers supérieur. C'est comme pour les étudiants. Dans tout groupe, il y a toujours un bon tiers constitué d'habitude des meilleurs éléments. Il en va de même pour les projets.

[Texte]

Mr. White: I would just like to move along into your mandate and the research side of it. Your mandate, according to the information I have, is to promote, assist, and undertake basic, applied, and clinical research in Canada in the health sciences. Now, the question I would like to ask stems from about a year's worth of committee hearings we had two or three years ago when we talked about the patent legislation in Bill C-22 and pharmaceutical research.

We kept hearing over and over again, from the detractors of the legislation, that clinical research was somehow not valuable research. I would like to know from the MRC how much—I hope this is a fair question—of your research you would estimate is on the clinical side and what value you place on clinical research, as opposed to basic and applied.

Dr. Bois: It is not so easy to define. If you look, for instance, at the distribution of the funds today, I would say that more than 50%, perhaps 60% of these funds are used in research projects conducted in teaching hospitals across the country.

So if you define clinical research by the place where the research is being conducted, one would say that we have more clinical research than basic research. Let us look at the type of research that one finds in any teaching hospital here in Ottawa, Toronto or Vancouver. There are a number of major hospitals which have research institutes within the hospital. Yesterday, or the day before, I was in Toronto at the Mount Sinai Research Institute, where of course the research that is being done is very basic, but closely related to clinical problems.

It has been a trend for the past 10 years or more that medical research has moved from basic science departments in universities to research institutes and laboratories in teaching hospitals. You would find these everywhere, from Dalhousie Memorial to UBC. There is a reason for that, as I said. The researchers felt the environment and the problems to investigate being related to human health, it was logical that this be done closer to the patients. This involves clinical research that is, as I said, close to fundamental research. For instance, today a number of diseases in the area of immunology are studied with monoclonal antibodies. Well, the production of monoclonal antibodies requires very high expertise in basic science, but the application to the clinical issues or problems can be made quite rapidly, and it is very useful to have this in the same surroundings with certain types of disease.

[Traduction]

M. White: Je voudrais maintenant parler de votre mandat, de la recherche, en l'occurrence. D'après ce que je lis ici, vous devez promouvoir, entreprendre et aider la recherche pure, appliquée et clinique au Canada dans les sciences de la santé. Il y a deux ou trois ans, un comité a siégé pendant un an environ et a examiné, dans le cadre du projet de loi C-22, la question des brevets et de la recherche pharmaceutique.

Les détracteurs du projet de loi n'ont cessé de répéter que la recherche clinique ne serait sans doute pas valable. J'espère ne pas vous poser une question cruelle. Quelle est la part de recherche clinique faite par le CRM et quelle valeur lui accordez-vous au regard de la recherche pure ou appliquée?

Dr Bois: Ce n'est pas si facile à départager. Si on regarde la répartition des fonds aujourd'hui, on constate que plus de 50 p. 100, près de 60 p. 100 peut-être, des fonds servent à des projets de recherche menés dans des hôpitaux universitaires.

Si l'on définit la recherche clinique suivant l'endroit où elle se fait, on pourrait dire qu'il se fait plus de recherche clinique que de recherche pure. Quand on regarde le genre de recherche que l'on fait dans les hôpitaux universitaires à Ottawa, à Toronto ou à Vancouver, on constate que la plupart des grands hôpitaux ont des instituts de recherche dans leurs murs. Hier, ou avant-hier, je suis allé à l'Institut de recherche Mount Sinai, à Toronto, où la recherche que l'on y fait est très pure, mais étroitement axée sur des problèmes cliniques.

Depuis 10 ans, ou un peu plus, la recherche médicale ne se fait plus tant dans les facultés des sciences des universités, mais davantage dans les instituts de recherche et les laboratoires des hôpitaux universitaires. On constate la même tendance partout, de Dalhousie Memorial à l'Université de la Colombie-Britannique. Il y a une raison à cela, je le répète. Étant donné que les problèmes sur lesquels portait leur recherche étaient reliés à la santé, les chercheurs ont jugé qu'il était logique d'effectuer leur travail plus près des patients. Cela signifie, comme je l'ai dit, que la recherche clinique se fait en rapport étroit avec la recherche fondamentale. Par exemple, un certain nombre de maladies du domaine de l'immunologie sont étudiées de nos jours au moyen d'anticorps monoclonaux. La production de ces anticorps nécessite des connaissances très poussées en science pure, mais l'application à des problèmes d'ordre clinique peut se faire très rapidement, et il est très utile que cette recherche se fasse dans le milieu où sont traitées certains types de maladies.

• 1000

That is one kind of clinical research. But what you were listing probably as the finest clinical research is the investigation and analysis of the effect of new drugs, which is somewhat different. That is to evaluate these for their beneficial effect and so forth. There are all sorts of

C'est là un des types de recherche clinique. Cependant, ce que vous appeliez la meilleure recherche clinique concerne l'analyse des effets de nouveaux médicaments, ce qui est quelque peu différent. Il s'agit là d'évaluer notamment leurs effets bénéfiques, ce qui nécessite toutes

[Text]

clinical trials. Some of these are quite sophisticated, multi-centred across the country. For instance, for a good while MRC has funded a clinical trial of a drug called cyclosporine in order to facilitate the transplantation of organs: kidney, heart, and so forth. The point was to demonstrate the effectiveness as well as the relative innocuity and so forth. It was very elaborate.

But there are other trials that are simple. They are indeed not funded by the council, and they are related exclusively to confirming some effects of modified drugs. They all could be put under the "clinical research" heading. But it is very different when you look at it closely.

Mr. White: I see. I have one final question, in two parts. It concerns your operating grants in aid.

I appreciate receiving your press releases. I do watch them carefully when they come in. Some very fascinating research is going on right across the country. I notice that in some of the releases a dollar amount is attached and in some there is not. I am sure there must be a perfectly good explanation for it. It is probably difficult to quantify a lot of these.

Secondly, dealing with the same grants, I notice that in 1988-89, on page 27 of the estimates, by far most of the research grants were involved in research on the nervous system. They are more than double any other category. I am wondering if that indicates a trend or any special direction from MRC or it just happened that way and it may be some other area in 1989-90 that will receive more research.

Dr. Bois: To answer your first question, I would like to say I do not know. I would like to know why sometimes there is an amount and sometimes there is not. We have with us Mr. Saint-Jean, who is in charge of public affairs. Perhaps he could give us some information.

• 1005

Mr. Denis Saint-Jean (Director of Communications, Medical Research Council of Canada): I do not have a particular reason for it. In some releases we do put in the amounts, and if you so wish, we will make an effort to put them in all the time where we feel it is warranted.

We do highlight some research projects that have been going on for a while. On the new grants or new announcements, we do make a point of putting in the amounts all the time. On other releases, where we are highlighting research that has been going on, we have not been putting in the amounts.

Mr. White: I find them very interesting. I want you to know I appreciate receiving them.

[Translation]

sortes d'essais cliniques. Certains de ces essais sont très complexes et sont effectués dans plusieurs centres à travers le pays. Par exemple, le CRM a financé pendant assez longtemps l'essai clinique d'un médicament appelé cyclosporine, en vue de faciliter la greffe d'organes, comme le rein, le cœur, et ainsi de suite. On cherchait à démontrer l'efficacité et l'innocuité relatives de ce médicament. Ces essais étaient très élaborés.

Il y a cependant d'autres essais qui sont simples. Ils ne sont pas financés par le conseil et visent exclusivement à confirmer certains effets de médicaments modifiés. On pourrait les classer sous la rubrique «recherche clinique». Quand on y regarde de près, on voit qu'il s'agit de recherche tout à fait différente.

M. White: Je vois. J'ai encore une dernière question à poser, et elle comporte deux volets. Ma question porte sur les subventions de fonctionnement que vous accordez.

J'aime bien recevoir vos communiqués de presse. Je les lis attentivement. Des recherches vraiment fascinantes sont en cours dans tout le pays. Je remarque que dans certains de vos communiqués, on indique le coût des projets de recherche, tandis que dans d'autres cas, on ne l'indique pas. Je suis persuadé qu'il y a une explication parfaitement valable à cela. C'est probablement difficile de quantifier beaucoup de ces projets.

Deuxièmement, en ce qui concerne ces mêmes subventions, je remarque, à la page 27 de vos prévisions budgétaires, qu'en 1988-1989, la grande majorité de vos subventions portaient sur des recherches concernant le système nerveux. Les crédits que vous y consacrez représentent plus du double de ceux de toute autre catégorie. Je me demande si cela indique une tendance ou une orientation spéciale du CRM, ou si c'est simplement l'effet du hasard, c'est-à-dire qu'en 1989-1990, un autre secteur pourrait recevoir plus de crédits de recherche.

Dr Bois: En réponse à votre première question, je dois dire que je l'ignore. J'aimerais bien savoir pourquoi une somme est parfois indiquée, alors que dans d'autres cas, il n'y en a pas. M. Saint-Jean, qui m'accompagne, est responsable des affaires publiques. Il pourrait peut-être nous donner de plus amples informations.

M. Denis Saint-Jean (directeur des communications, Conseil de recherches médicales du Canada): Je n'ai pas de raison particulière pour l'expliquer. Dans certains communiqués, nous indiquons des sommes et, en fait, nous tentons de le faire chaque fois que nous le croyons justifié.

Nous soulignons en particulier certains travaux de recherche qui sont en cours depuis longtemps, mais dans le cas de nouvelles subventions, nous tenons à en indiquer chaque fois le coût. Dans d'autres communiqués, où il est question de travaux de recherche en cours, nous n'indiquons pas les coûts.

M. White: Je trouve ces communiqués très intéressants, et je tiens à vous assurer que j'aime beaucoup les recevoir.

[Texte]

Dr. Bois: This distribution is the best approximation because today it is very difficult to distinguish research that is, for instance, exclusively biochemical and exclusively cancer. In other words, these have been made taking into account the major area of interest of the researcher. However, you have quite a bit of overlapping, and if you were to put together everything that is relevant to, let us say, genetic biochemistry, molecular biology, cancer, all that is basic science, it would be more than the nervous system on its own. That is one thing I wanted to mention.

The second one is that in Canada probably the strongest biomedical research base is in the area of the neuro-sciences. This goes back many years; in fact, it goes back to the 1930s, to the days of Dr. Penfield in Montreal when in the late 1930s the Montreal Neurological Institute was established with Rockefeller funds. That was a starting point that has given the neuro-sciences a special development in Canada. Also, it is a very important area of research, but this being put together explains why today we have a strong research contribution in the neuro-sciences, generally speaking. This includes the mental diseases as well as behaviour or neuro-degenerative disorders, the entire field.

You would find, as I say, strong laboratories in every school of medicine across the country. That is an historical base, and this is the reason why the council hoped to develop further, to build on strength, research especially related to the neurodegenerative diseases associated with aging. We have the strength and we have, I think, in some places a world-class production of research. In fact, our best researchers are constantly approached by our neighbors south of the border for jobs, and very attractive ones, so that means we have there a very powerful resource we should take advantage of as much as possible.

Mrs. Clancy (Halifax): Dr. Bois, if I may, I am going to go back to something that was raised by Ms Langan with regard to the number of women involved with the Medical Research Council. As I understand it, you said that out of 21 board members, two are female. Is that correct?

Dr. Bois: I would say yes.

Mrs. Clancy: At the senior level, one out of four is female, and I am presuming that is in the administration of the council.

Dr. Bois: Yes, the secretary of the council is Ms Côté.

[Traduction]

Dr Bois: La répartition des subventions donnée dans les prévisions budgétaires n'est qu'une approximation, car de nos jours, il est très difficile d'établir la distinction entre divers domaines de recherche, par exemple entre la recherche purement biochimique ou purement cancérologique. Autrement dit, nous avons établi cette répartition en fonction du principal domaine d'intérêt du chercheur. Cependant, une bonne partie de ces recherches se chevauchent, et si l'on regroupait par exemple tout ce qui porte sur la biochimie génétique, la biologie moléculaire et le cancer, c'est-à-dire tout ce qui comporte de la science fondamentale, la rubrique du système nerveux serait très élargie. Je tenais à le mentionner.

En outre, la meilleure base que le Canada a en recherche biomédicale est probablement dans le domaine de la neurologie et des sciences connexes. Cela remonte à bien des années, c'est-à-dire jusqu'à l'époque du Dr Penfield, dans les années 30, lorsque l'Institut neurologique de Montréal a été fondé grâce à une subvention Rockefeller. C'est ainsi qu'a commencé cette recherche spécialisée au Canada. Si l'on ajoute à cela qu'il s'agit d'un domaine de recherche très important, on comprend pourquoi aujourd'hui le gros de nos subventions de recherche va aux sciences du système nerveux. Cela recouvre tout le domaine des maladies mentales, aussi bien les troubles du comportement que les maladies entraînant une dégénérescence du système nerveux.

Je répète qu'il y a de très bons laboratoires de recherche dans chaque faculté de médecine du pays. Le conseil a voulu développer les acquis, c'est-à-dire poursuivre les recherches déjà si bien commencées dans le domaine de la dégénérescence du système nerveux causée par des maladies liées au vieillissement. Nous avons une base bien établie, et je pense que dans certains centres, nous avons des chercheurs de classe internationale. En fait, nos voisins du Sud ne cessent d'offrir à nos meilleurs chercheurs des postes très intéressants, ce qui signifie que nous possédons ici une ressource de très grande valeur, dont nous devons tirer le meilleur parti possible.

Mme Clancy (Halifax): Docteur Bois, j'aimerais revenir, si vous le permettez, à une question posée par Mme Langan au sujet du nombre de femmes au sein du Conseil de recherches médicales. Si je comprends bien, vous avez dit qu'il y avait deux femmes parmi les 21 membres du conseil. Est-ce exact?

Dr Bois: Je dirais oui.

Mme Clancy: À l'échelon supérieur, une personne sur quatre est une femme; je suppose qu'il s'agit là de l'administration du conseil.

Dr Bois: En effet, la secrétaire du conseil est M^{me} Côté.

[Text]

Mrs. Clancy: And three out of five at the intermediate level. I am wondering if you could tell us the differences between the senior level and the intermediate level.

• 1010

Mr. Belliveau: At the senior level, we mean the directors. When I said three out of four, I did not include the president; I mean the directors of the—

Mrs. Clancy: So you have four directors, one of whom is female.

Mr. Belliveau: The secretary to the council is a female, yes, and she is at the rank of a director.

Mrs. Clancy: Then three out of five at the intermediate level. What are those positions?

Mr. Belliveau: There are two women in the program branch, where one is in charge of the processing of the grant applications and the other in charge of a section of the awards section. There is another with Denis Saint-Jean in information services.

Mrs. Clancy: You said that at the clerical level it would be about 50:50, male-female.

Mr. Belliveau: After I mentioned that, maybe it is closer to 60% female and 40% male.

Mrs. Clancy: Would you have any idea whether pay equity reigns in that 60% to 40%—in other words, if men and women are paid at approximately the same levels?

Mr. Belliveau: That is right.

Mrs. Clancy: They are?

Mr. Belliveau: The same level. It goes by government classification.

Mrs. Clancy: So it is 60:40 in each classification, would you say?

Mr. Belliveau: No. On secretarial, which is a classification, they are all female.

Mrs. Clancy: And what is the other classification?

Mr. Belliveau: Clerks.

Mrs. Clancy: Is there a pay differential between those two, or do clerks and secretaries make the same?

Mr. Belliveau: No, there is a level of salary for the clerks and there is a level of salary for the secretaries.

Mrs. Clancy: Which is higher?

Mr. Belliveau: In the secretaries there are four levels and in the clerks there are five levels, and I think the clerk 5 is a bit higher than the secretarial 4, but not that much.

[Translation]

Mme Clancy: Et à l'échelon intermédiaire, trois personnes sur cinq sont des femmes. Pourriez-vous nous expliquer les différences entre l'échelon supérieur et l'échelon intermédiaire?

M. Belliveau: L'échelon supérieur signifie les administrateurs du conseil. Quand j'ai parlé de trois sur quatre, je n'inclusais pas le président; je veux parler des administrateurs du...

Mme Clancy: Vous avez quatre administrateurs, dont l'un est une femme.

M. Belliveau: La secrétaire du conseil est une femme, en effet, et elle occupe un poste d'administrateur.

Mme Clancy: Ensuite, il y a trois femmes sur cinq personnes à l'échelon intermédiaire. En quoi consistent ces postes?

M. Belliveau: Il y a deux femmes à la direction des programmes, dont l'une est responsable du traitement des demandes de subventions et l'autre d'une section du programme de bourses. Il y en a une autre avec Denis Saint-Jean au service de l'information.

Mme Clancy: Vous avez dit qu'au niveau du personnel de soutien, le rapport hommes-femmes était 50-50.

M. Belliveau: Je l'ai dit, mais par la suite, j'ai pensé que c'était plutôt 60 p. 100 de femmes contre 40 p. 100 d'hommes.

Mme Clancy: Savez-vous s'il y a équité salariale entre ces deux groupes, c'est-à-dire si les hommes et les femmes sont payés à peu près au même niveau?

M. Belliveau: Oui.

Mme Clancy: Ils le sont?

M. Belliveau: Ils sont payés au même niveau, c'est-à-dire selon la classification faite par le gouvernement.

Mme Clancy: Vous diriez donc que le rapport est de 60-40 dans chaque catégorie?

M. Belliveau: Non. Dans le groupe des secrétaires, qui est une catégorie, ce sont toutes des femmes.

Mme Clancy: Quelle est l'autre catégorie?

M. Belliveau: Les commis.

Mme Clancy: Existe-t-il un écart salarial entre ces deux groupes, ou les commis et les secrétaires ont-ils le même barème de salaire?

M. Belliveau: Non, il y a un barème de salaire pour les commis et un autre pour les secrétaires.

Mme Clancy: Quel est le plus élevé?

M. Belliveau: Il y a quatre échelons pour les secrétaires et cinq pour les commis, et je pense que l'échelon cinq pour les commis est juste un peu plus élevé que l'échelon quatre pour les secrétaires.

[Texte]

Mrs. Clancy: Is there any chance that I might be able to get some—

Mr. Belliveau: Sure.

Mrs. Clancy: —figures on that, for the breakdowns in that area? Would it have breakdowns as to sex as well as to pay levels?

Mr. Belliveau: Right.

Mrs. Clancy: On the grants, the great majority of your budget is on grant giving. Do you have a breakdown on the number of women receiving grants from the Medical Research Council?

Dr. Bois: I had this in my hands this morning. Perhaps, Lewis, you would reproduce this.

Dr. Lewis Slotin (Director, Programs Branch, Medical Research Council): In terms of the operating grants alone—that is, the wherewithal to do research—approximately 15% are women and 85% are men. But when we get to the awards programs—that is in training as well as salary support—there is quite a difference. In terms of those people pursuing graduate work—that is, towards a Masters' or Ph.D.—I believe 50%, or a bit higher, are women, and so on.

Mrs. Clancy: Would those figures be reflective of what is actually happening in the medical and scientific academic fields right now, of where women and men are going within those professions?

Dr. Slotin: Two dynamics are taking place. One is with respect to through graduate school and post-doctoral and moving into research in that way, and the other is the professional side. At the professional side, I think many are aware that enrolments in medical school are in fact mostly by women now, as opposed to the way it was 10 or 20 years ago. This will ultimately impact upon the number of people appearing in research, coming out of the professional stream. As Dr. Bois mentioned, we have just launched this clinician-scientist program, which is a way of tailoring the clinician, the clinically trained individual, through into research, and we would expect to begin to see larger participation by women in that area.

What we have seen as a result—and this really is something that has occurred since the beginning of the 1980s—is a larger participation by women in the other side; that is, the graduate training type of path. Initially we did not see very many showing up at the next stage of our training, which is post-doctoral training. Now we see many more women. Whereas before it was maybe 5% to 10%, now 25% of our applicants are women, and they are competing as successfully in the competitions as the men are. So there is a trend there to greater participation rates. There are all sorts of things that could be talked about in terms of the particular disciplines or specialties that tend

[Traduction]

Mme Clancy: Serait-il possible d'obtenir. . .

M. Belliveau: Certainement.

Mme Clancy: . . . certains chiffres à ce propos, c'est-à-dire une ventilation de ces barèmes? Auriez-vous la répartition des différents échelons pour les hommes et pour les femmes?

M. Belliveau: Certainement.

Mme Clancy: La plus grande partie de votre budget est consacrée aux subventions. Avez-vous une ventilation quant au nombre de femmes qui reçoivent des subventions du Conseil de recherches médicales?

Dr Bois: J'avais ces renseignements en mains justement ce matin. Lewis pourrait peut-être vous en faire part.

Dr Lewis Slotin (directeur, Direction des programmes, Conseil de recherches médicales): En ce qui concerne les subventions de fonctionnement, c'est-à-dire les ressources nécessaires pour faire de la recherche, environ 15 p. 100 des bénéficiaires sont des femmes et 85 p. 100 sont des hommes. Cependant, la situation est tout à fait différente dans le cas des programmes de bourses, c'est-à-dire de l'appui salarial et de l'aide à la formation. Les femmes comptent pour 50 p. 100 ou plus des personnes qui font des travaux de recherche de deuxième ou troisième cycle, c'est-à-dire en vue d'obtenir une maîtrise ou un doctorat.

Mme Clancy: Ces chiffres traduisent-ils vraiment ce qui se passe dans les domaines de la médecine et de la recherche scientifique actuellement, c'est-à-dire des domaines choisis par les femmes et les hommes au sein de ces professions?

Dr Slotin: Il y a deux éléments dont il faut tenir compte. D'une part, il y a les personnes qui poursuivent sans interruption des études de deuxième et de troisième cycles, pour ensuite passer à la recherche, et, d'autre part, il y a le secteur professionnel. De ce côté, vous savez tous, je pense, que ce sont surtout des femmes, maintenant, qui s'inscrivent dans les facultés de médecine, par opposition à ce qu'on voyait il y a dix ou 20 ans. Ce fait aura finalement une incidence sur le nombre de professionnels qui s'orienteront vers la recherche. Comme l'a mentionné le Dr Bois, nous venons de lancer un programme de cliniciens-chercheurs, car c'est une façon d'orienter le clinicien vers la recherche, et nous nous attendons à voir un plus grand nombre de femmes dans ce domaine.

Depuis le début des années 80, nous avons vu un plus grand nombre de femmes s'orienter vers la recherche en empruntant l'autre voie, qui est celle des études de deuxième et troisième cycles. Au début, il n'y en avait pas beaucoup qui parvenaient à l'étape suivante de notre formation, c'est-à-dire la formation post-doctorale. Maintenant, on y voit beaucoup plus de femmes. Auparavant, 5 à 10 p. 100 de nos candidats étaient des femmes, tandis qu'elles constituent maintenant 25 p. 100 du total. Elles réussissent aussi bien que les hommes dans les concours. La participation des femmes est donc à la hausse. Il y a toutes sortes de facteurs qui entrent en jeu

[Text]

to be favoured by one group or the other. But those are the basic figures.

[Translation]

lors du choix de certaines disciplines ou spécialités par un groupe ou l'autre. Ce sont là tout simplement des chiffres de base.

• 1015

Mrs. Clancy: I will put on my other hat now and ask you about regional breakdowns on grants. I just wanted to make something clear. I am sure you just ran this together, Dr. Bois, but you do know that Dalhousie and Memorial are two very separate institutions. As the member for Halifax I have to make sure you know this.

Dr. Bois: On page 34 of part III you see the distribution for institutions across the country. Of course, larger amounts are with universities, medical schools, dental schools, and pharmacy schools. Others such as Simon Fraser University do not have these health sciences schools, but they have programs in biology, physiotherapy, and so forth. But these do not really have large research programs in the health sciences.

Mrs. Clancy: It appears to me, looking at the figures for Dalhousie, and this may be my own prejudice for my own city, but Dalhousie vis-à-vis comparable medical schools, such as Toronto, Western, and McGill, seems to be getting a far smaller amount in your projected and actual. Is this because it is a smaller faculty, in general, or are they applying less?

Dr. Bois: This reflects exclusively the level of research activity in each school—the number of people who are involved in research. The council does not make any pre-decision of how much will go here or there. It is the result of the competitions, and the best projects, as we said before, are supported. As I say, the numbers largely reflect the population of active researchers. So Dalhousie has been doing fairly well, I would say. If we go back even to the early 80s, the figures you have there would demonstrate that there is an increase in the amount of funds that researchers in Dalhousie will obtain from the council. And it also represents the number of scientists that a university is prepared to support. This is all interrelated. Universities, where the resources, endowments, private funds—

Mrs. Clancy: We do not have any of those in the Maritimes.

Dr. Bois: I am quite familiar with. . . But the deans can offer a position to a scientist, to more scientists. Of course these will apply and you will have a larger amount of funding there. I feel that my colleagues in Dalhousie have been doing fairly well, under the circumstances.

Mme Clancy: Je vais maintenant parler en tant que représentante de ma circonscription et vous poser des questions au sujet de la répartition de vos subventions dans les différentes régions. Je tiens à préciser une chose. Vous savez sûrement, docteur Bois, que les universités Dalhousie et Memorial sont deux établissements d'enseignement très distincts. En tant que députée d'Halifax, je tiens à m'assurer que vous le savez.

Dr Bois: À la page 34 de la Partie III, vous verrez la répartition des subventions dans les différents établissements d'enseignement du pays. Il est évident que les plus grosses subventions sont accordées aux universités qui ont une faculté de médecine, une école dentaire et une faculté de pharmacie. Il y a d'autres universités, comme l'université Simon Fraser, qui n'ont pas de faculté des sciences de la santé, mais qui ont par contre des programmes de biologie, de physiothérapie, et ainsi de suite. Ces établissements n'ont cependant pas vraiment d'importants programmes de recherche dans les sciences de la santé.

Mme Clancy: J'ai peut-être un parti pris parce que l'université Dalhousie est située dans ma ville, mais il me semble que par rapport à d'autres facultés de médecine, comme celles de Toronto, Western et McGill, celle de Dalhousie reçoit beaucoup moins d'après vos prévisions et vos chiffres réels. Est-ce parce que la faculté de médecine est plus petite, de façon générale, ou est-ce parce qu'on vous présente moins de demandes?

Dr Bois: Ces chiffres traduisent uniquement le degré d'activité de recherche dans chaque école, c'est-à-dire le nombre de personnes qui font de la recherche. Le conseil ne décide pas d'avance des sommes qui seront accordées ici ou là. Les subventions sont accordées à la suite de concours, et comme nous l'avons déjà dit, les meilleurs projets de recherche reçoivent notre appui. Je répète que les chiffres traduisent surtout le nombre de personnes qui s'adonnent à la recherche. Je dirais que Dalhousie se tire très bien d'affaire. Si nous remontions jusqu'au début des années 80, on verrait qu'il y a une augmentation des subventions accordées par le conseil à des chercheurs de Dalhousie. Les subventions accordées dépendent également du nombre de chercheurs que l'université est prête à appuyer. Tout cela est relié. Il existe un rapport entre les ressources des universités, les fondations, les dons. . .

Mme Clancy: C'est une chose qui n'existe pas dans les Maritimes.

Dr Bois: Je sais très bien. . . Cependant, les doyens de faculté peuvent offrir un poste à un chercheur ou à plusieurs. Dans ce cas, ces personnes peuvent présenter une demande de subvention, et l'université recevra ainsi des subventions plus élevées. Je pense que mes collègues

[Texte]

Mrs. Clancy: I noted that the distribution of MRC transfer payments by province for Nova Scotia and by university is clearly the same. In other words, \$6,037,000 projected, 1988-89, \$6,037,000, which leads me to believe—my math is not great, but still—Dalhousie is the only university receiving funds in Nova Scotia.

• 1020

I am thinking again of both the Technical University of Nova Scotia and Mount St. Vincent University. They may be going through other means, but they are doing a fair number of joint research projects relating to food and nutrition and in the area of preventive medicine and this sort of thing. Would this just be outside the scope of the Medical Research Council, so they are going somewhere else that is a better place, or is it just because neither of those universities has a medical facility per se?

Dr. Bois: No, it depends on projects that are submitted to the council. Those you were referring to I would think would receive funding from NHRDP in the area of public health—it would apply there—or the SSHRC, the Social Science and Humanities, or Natural Sciences and Engineering. But if they submit it to MRC, the projects will be reviewed and—

Mrs. Clancy: They would not be precluded just because they do not have a medical school?

Dr. Bois: No.

Dr. Slotin: In that vein, from the Technical University of Nova Scotia, for example, we received applications from individuals who have appointments at TUNS as well as at Dalhousie. In fact, the funds happen to be being paid through Dalhousie, but they happen to be on faculty at TUNS as well.

Mrs. Clancy: Actually, that could work through Dalhousie and Mount St. Vincent too, because of the co-operative. I am not suggesting it does, but it could.

Mr. Brewin (Victoria): The first question I have arises out of some comments you made in your opening remarks, and in particular the pleasure with which you were reporting on the council's university-industry program. When the private sector becomes involved in medical research, what does it get out of it? What is the reward, apart from credit in heaven, for participating in the research?

[Traduction]

de Dalhousie ont assez bien réussi, étant donné les circonstances.

Mme Clancy: J'ai remarqué que la répartition des paiements de transfert du CRM par province et par université est le même dans le cas de la Nouvelle-Écosse. Je ne suis pas très forte en calcul, mais je vois des crédits de 6,037 millions de dollars prévus aux deux endroits pour 1988-1989. Cela me porte à croire que Dalhousie est la seule université qui reçoit des subventions en Nouvelle-Écosse.

Je songe à l'université technique de la Nouvelle-Écosse et à l'université Mount St. Vincent. Ces établissements s'adressent peut-être ailleurs, mais on y effectue beaucoup de recherches conjointes dans les domaines des aliments et de la nutrition, ainsi que dans celui de la médecine préventive, notamment. Est-ce que ces recherches ne cadrent pas avec le mandat du Conseil de recherches médicales, de sorte que ces établissements s'adressent plutôt à un autre organisme, ou est-ce simplement parce que ni l'une ni l'autre de ces universités n'a de faculté de médecine comme telle?

Dr Bois: Non, tout dépend des projets qui sont soumis au conseil. Ceux dont vous avez parlé recevraient plutôt des subventions du Programme national de recherche et de développement en matière de santé, qui porte sur le secteur de l'hygiène publique, ou bien du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, ou encore du Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie. Cependant, si le CRM reçoit des demandes, les projets seront examinés et. . .

Mme Clancy: Les demandes ne seraient pas refusées d'emblée tout simplement parce que ces établissements n'ont pas de faculté de médecine?

Dr Bois: Non.

Dr Slotin: A ce propos, nous avons reçu des demandes de personnes qui travaillaient à la fois à l'université technique de la Nouvelle-Écosse et à l'université Dalhousie. En fait, les subventions sont accordées par l'entremise de l'université Dalhousie, mais c'est pour des personnes qui travaillent aussi à l'université technique de la Nouvelle-Écosse.

Mme Clancy: En fait, cela pourrait fonctionner aussi entre Dalhousie et Mount St. Vincent, à cause de projets conjoints. Je ne dis pas que c'est le cas, mais c'est possible.

M. Brewin (Victoria): Ma première question découle de certains commentaires que vous avez faits dans vos remarques préliminaires, et en particulier du plaisir avec lequel vous annonciez la création du programme université-industrie du conseil. Lorsque le secteur privé participe à des programmes de recherches médicales, qu'est-ce qu'il en retire? En plus du sentiment du devoir accompli, que retire-t-il de sa participation à un programme de recherches?

[Text]

Dr. Bois: This is a program council discussed for quite a while even in the early 1980s. When it was approved, many people felt it might not be successful; it would be only applied research and not of too much significance to us. In the end it is quite the contrary. The number of projects has been increasing. The advantage industry gains from this is that the project is evaluated by peer review committees. I think this in itself is of advantage to everyone concerned.

• 1025

Every four months or so we have a competition, and we receive projects every three months. Out of 12, 15, or 20 projects reviewed, only 40%, 50%, or sometimes fewer are recommended for funding. Some of these are reviewed through site visits, organized by the council of course. The review committee evaluates the reports of the site visits, and comes with a recommendation that is rated and the best ones are funded.

So I think this is a very positive element for the industry, because that type of review would perhaps not be easy to organize by industry in general, especially smaller industries. It puts some strength in their decision to provide funding to this or that project. Usually the funds provided by the company are about 50% or 55% of the total cost; the council provides the rest. So here again you have an advantage, because this amount of research is something the company might not be able to fund on its own.

Outside of that, in promoting this program the council has made known to scientists across the country potential practical applications of some of their observations, which might have been lost to other countries in the past. I remember a very important project in the early 1970s that led to a very important practical clinical application. Neither the researchers nor the university could find a company, there was no organization to talk about, and the climate was not very favourable. In the end, it was patented in the U.S. and in Scandinavia. So this situation may happen again, but I think today there is more concern in developing new knowledge.

Mr. Brewin: Does the industry get to indicate what types of projects it would support, or does it just contribute to the pool of funds available in the same way the public does through the government?

Dr. Bois: Projects that come to the council have usually been discussed with the industry by the researcher, and sometimes by the university or hospital, quite a bit beforehand. Indeed, the funding is provided through the university or the hospital and the research is

[Translation]

Dr Bois: Il s'agit d'un programme dont le conseil discute depuis le début des années 80. Lorsqu'il a finalement été approuvé, bien des gens ont pensé qu'il ne réussirait peut-être pas; il s'agirait uniquement de recherche appliquée, qui n'est pas trop importante pour nous. Or, c'est tout à fait le contraire. Le nombre de projets n'a fait qu'augmenter. L'avantage que retire l'industrie provient du fait que le projet est évalué par des comités d'examen de spécialistes dans le domaine. Je pense que cela constitue en soi un avantage pour tous les intéressés.

Nous organisons un concours tous les quatre mois environ et nous recevons des projets tous les trois mois. Sur les 12, 15 ou 20 projets examinés, seulement 40 p. 100, 50 p. 100, ou parfois moins, reçoivent une recommandation favorable. L'examen se fait parfois par des visites sur place qu'organise le conseil. Le comité d'examen évalue les rapports des visites sur place, puis formule une recommandation qui est cotée, et les meilleurs obtiennent une subvention.

Je pense donc que c'est un élément très positif pour l'industrie, car ce genre d'examen ne serait peut-être pas tellement facile à organiser par le secteur privé en général, en particulier par les petites industries. Cela les confirme dans leur décision d'accorder une aide financière à tel ou tel projet. Habituellement, le financement accordé par la société représente 50 ou 55 p. 100 du coût total du projet, le conseil suppléant le reste. Il y a là encore un autre avantage, car la société ne pourrait probablement pas par elle-même consacrer autant d'argent à la recherche.

En outre, dans le cadre de la promotion de ce programme, le conseil a fait connaître aux scientifiques du pays les applications pratiques éventuelles de certaines de leurs observations, tandis que dans le passé, nous risquions de laisser cela à d'autres pays. Je me souviens en particulier d'un projet majeur du début des années 70 qui a donné lieu à une application clinique pratique très importante. Les chercheurs et l'université en question n'arrivaient pas à trouver de société intéressée, étant donné qu'aucune organisation n'existait à ce moment-là, et le climat n'était pas très favorable. En fin de compte, le brevet a été obtenu aux États-Unis et en Scandinavie. Une telle situation peut encore se reproduire, mais je pense qu'aujourd'hui, on se préoccupe davantage d'appliquer les résultats des découvertes.

M. Bréwin: Le secteur privé peut-il manifester son intérêt pour certains types de projets qu'il serait prêt à appuyer, ou place-t-il simplement des fonds dans une caisse globale où l'on peut puiser, comme c'est le cas pour les deniers publics?

Dr Bois: Lorsque des projets sont soumis au conseil, habituellement, la société privée en a déjà discuté longuement avec le chercheur, et parfois avec l'université ou l'hôpital. En fait, le financement est accordé par l'entremise de l'université ou de l'hôpital, et c'est là que

[Texte]

usually done in the hospital or the university, rarely in the industry. The situation is rather the reverse. Industry would be interested, for instance, in having some special peptides produced by a lab where the people are experts in peptides. They have discussions, and the researcher feels interested and ready to go on, because the grant will pay the salary of another post-doctorate fellow or another assistant, and that is interesting for them. Usually that is the way it happens.

• 1030

Mr. Brewin: Who has the ownership of the results of the research under a program in which industry would be involved? You are encouraging industry to be involved.

Dr. Bois: Yes. For this we require that the university and parties involved have an agreement beforehand. That is as far as we go. Every university today has an office of development, or whatever name they give it, which is involved in issues related to patents, and they advise the members and so forth. The council does not hold any patents, and other councils do not either.

Mr. Brewin: Of course that was not my question. This sounds like something which is going to take a little longer to sort through. I would just say there is some concern about the distortion of priorities that may arise because of the legitimate needs of private industry compared to the public value in clinical research. The judgment made about what should be pursued may be quite different, if either the researchers or the public are doing it, compared to private industry.

Dr. Bois: It is something that is of concern, but on the other hand you have to consider, as I said, that these proposals are evaluated by the council through its committees. This question of whether this is research that is promising some advantage for the promotion of the health of Canadians is part of all the questions the committee would have in mind when reviewing the proposal. What is interesting to look at is that many of these projects—not all, but many—would probably be funded by the council if submitted exclusively to the council.

Mr. Brewin: It may be a question of picking subjects, and it just seems to me that we are into privatization, and you are encouraging privatization to some extent. However, I leave it to other members. I have had more than my time.

Mr. Cole (York—Simcoe): Welcome, Dr. Bois. We talked about the rating of projects and the ones with the highest rating as opposed to others and the numbers. I believe the percentage you gave was based on all the applications made. Basically I think it was 28% or 30%—in that area—that we are accepting. What I am concerned about is the basis of how the rating comes about. I have a concern in the areas of the expected results of a particular project, the projected costs, either in the project itself or the cost savings to our health care system in the future or

[Traduction]

s'effectue la recherche, car elle se fait rarement dans l'entreprise même. En général, l'entreprise privée se dit intéressée par exemple par la production de peptides spéciaux dans un laboratoire où oeuvrent des spécialistes dans ce domaine. Des discussions commencent, et le chercheur est vite intéressé, car la subvention paiera le salaire d'un boursier détenteur d'un doctorat, ou d'un autre assistant, ce qui est très intéressant. C'est ainsi que les choses se passent généralement.

M. Brewin: À qui appartiennent les résultats de travaux de recherche entrepris dans le cadre d'un programme auquel l'industrie participe? Car je crois savoir que vous encouragez l'industrie à participer.

Dr. Bois: En effet. C'est la raison pour laquelle l'université et toutes les parties intéressées doivent conclure un accord préalable. Toutes les universités ont d'ailleurs un bureau de développement qui s'intéresse entre autres aux brevets. Le conseil, quant à lui, ne détient pas de brevets.

M. Brewin: Ce n'est pas ce que je vous demandais. Il faudra sans doute encore attendre pour y voir plus clair. Les priorités ne seront pas nécessairement les mêmes, selon que la recherche est effectuée par l'industrie privée ou par des établissements publics. Je dirais même que le secteur privé et les établissements publics peuvent ne pas être d'accord sur l'objet des recherches à faire.

Dr. Bois: C'est en effet un problème, mais il ne faut pas oublier que tous les projets de recherche sont évalués par les comités du conseil, qui décident notamment si tel ou tel projet de recherche est susceptible d'être utile pour promouvoir la santé des Canadiens. À ce propos, je vous signale que si le conseil était seul à se prononcer sur l'opportunité de ces projets de recherche, il approuverait le financement de la plupart d'entre eux.

M. Brewin: Il s'agit de faire un choix, et moi, j'ai l'impression que vous encouragez la privatisation. Mais c'est maintenant au tour de mes collègues, car j'ai déjà dépassé mon temps de parole.

M. Cole (York—Simcoe): Nous avons parlé des cotes que l'on accorde aux différents projets de recherche. Les pourcentages que vous avez cités sont fonction de l'ensemble des demandes. Si j'ai bien compris, vous acceptez environ 28 à 30 p. 100 des projets qui vous sont soumis. Je voudrais donc savoir si les cotes qui sont attribuées aux projets de recherche le sont en fonction des résultats que l'on peut escompter, des coûts, ainsi que des économies qu'ils permettront de réaliser au chapitre des soins de santé. Voilà donc ma première question.

[Text]

whatever, whether there is any relationship that way, and, from a more scientific aspect, the direct practical application. Are those factors that are taken into consideration, and to what extent are they weighted? That is my first question.

The second one is in the area of research. I notice we are putting \$10 million into cardio-vascular research in 1988-89. In looking at that figure, my understanding is that an organization such as the Heart and Stroke Foundation is putting a very substantial amount of funding into cardio-vascular research, I think a little more significant than \$10 million.

• 1035

Regardless of that, my question relates to the co-ordination between groups such as that. As I understand it, that is not private sector funding. Maybe it is an area that you consider private sector: i.e., outside the government. I was just wondering if there is a correlation between those two areas and some co-ordination with fund raising organizations outside the government.

My third question relates to the Medical Research Council. When I look at a lot of the areas you are delving into, and I look at the way health care is changing in this country and I think throughout the world, there are a lot more non-medical providers. Is the area of non-medical providers increasing in proportion to the amount of usage in the health care system as it relates to the research system?

Dr. Bois: Perhaps Dr. Slotin could provide an answer to the first question you have about the rating.

Dr. Slotin: The rating, as Dr. Bois mentioned, is done by peers who are knowledgeable in the area of science which is being proposed to the council. It is hard to generalize, although our first criterion is that the science has to be very good or outstanding in order even to be considered for funding.

Second, if you are looking at a proposal which is very, very basic, studying the structure of a cell or something, it may be very, very difficult to ascertain what the downstream impact that might have upon health care costs, for example, or the eradication of disease or something like that. Those committees which tend to look at the more fundamental, or basic, research will focus their attention primarily upon the scientific knowledge that will be generated as a result, and the quality of that knowledge.

When you get into those projects which are perhaps directly related to a disease, cardio-vascular as an example, or in the cancer field or something else, we have people, both clinicians and basic scientists, who are sitting around the table looking at these and commenting that the science may be very good, but the downstream application is not going to be very, very effective in terms of the direction in which health care is moving. There is a kind of relevance that comes into the discussion. The degree of

[Translation]

Et ma deuxième question porte sur la recherche. Je vois que 10 millions de dollars seront consacrés en 1988-1989 à la recherche cardio-vasculaire. Or, il paraît que la *Heart and Stroke Foundation* consacrera plus de 10 millions de dollars à la recherche cardio-vasculaire.

Je voudrais savoir comment les travaux de ces différents groupes sont coordonnés. Je voudrais savoir comment se fait la coordination entre les différentes sources de financement, tant privées que publiques.

Enfin, je voudrais vous poser une question au sujet du Conseil de recherches médicales. L'évolution des soins de santé, tant chez nous que dans le reste du monde, se traduit par une forte augmentation des personnels non médicaux. Cette augmentation est-elle également fonction de l'importance croissante de la recherche médicale?

Dr Bois: Je pense que le D^r Slotin devrait pouvoir répondre à votre question en ce qui concerne les cotes attribuées aux projets de recherche.

Dr Slotin: Les cotes sont attribuées par des confrères spécialisés dans les disciplines sur lesquelles portent les projets de recherche. Bien qu'il ne faille pas généraliser, je dirais que notre premier critère régissant l'attribution de crédits porte sur la qualité du projet de recherche.

Par ailleurs, s'agissant de recherche fondamentale visant par exemple la structure des cellules, il est difficile de prévoir les retombées éventuelles au plan du coût des soins de santé ou de la possibilité d'éradication de telle ou telle maladie. Les comités chargés d'examiner les projets de recherche fondamentale s'intéressent essentiellement aux nouvelles connaissances que ces travaux sont susceptibles de produire.

Pour les projets de recherche portant directement sur des maladies, comme par exemple les maladies cardio-vasculaires ou le cancer, ils sont soumis à des cliniciens et des scientifiques faisant de la recherche fondamentale, qui doivent donc tenir compte aussi bien de la valeur intrinsèque du projet de recherche que de ses retombées pratiques. Les délais comptent pour beaucoup dans ce domaine. Mais chaque projet de recherche est différent.

[Texte]

waiting is very, very difficult. I think it would vary depending upon each project.

We certainly do not exclude relevance, but in some of the areas it is too long-term in order to be able to ascertain whether or not there will be an impact, since as we know, in research, that investigations in one area may have impact on something which is entirely different. Therefore, our first criterion is the scientific quality of the proposal.

Dr. Bois: Perhaps you can also talk about the question of heart or cardio-vascular funding

Mr. Cole: You talked about private, I am talking about. . .

Dr. Slotin: In terms of the voluntary sector and so. One has to look at this on an evolutionary basis. It is very well regarded in this country that the MCR has provided the basis of bio-medical research over the last 25 and 30 years, and it is that basic strength upon which the voluntary sector, to a large extent, is now drawing in terms of the people who are now supported.

We find that a number of the people who are supported by ourselves are also supported by say the Heart and Stroke Foundation. This does not mean there is a direct duplication of funding, but in fact it is complementary to the field in which they are interested.

• 1040

In the cardio-vascular area, we estimate that there is roughly a 50:50 sharing of the total amount of money in this country related to the direct costs of research, say, related to cardio-vascular disease. In the neuro-sciences, which were mentioned early, the MRC is virtually the only agency that is funding—

An hon member: It really does not have the profile.

Dr. Slotin: Exactly. There is the Alzheimer Society of Canada and a few others, but on dollar value, we are about in the 85% range. Cancer is another area. We have just done an analysis of the cancer funding and we find there is a great degree of complementarity between the funding of the National Cancer Institute and the Medical Research Council. We have had discussions with NCI, which are being pursued, on how we might be able to dovetail our programming to be able to use effectively the dollars that are available. I think each of us feels the dollars could be a lot greater, but there may be economies of scale, if you like, that can be effected.

Mr. Cole: That is the direction I wanted to hear about, whether there was the type of communication to combine the types of programs we are talking about. In the work I have been involved in, particularly with heart and stroke, I really have found that lacking, to be quite honest with you, between their involvement and MRC's involvement. I really find a lack of co-operation and co-ordination. I am not suggesting it is your organization or their

[Traduction]

Dans certains cas, les retombées pratiques peuvent exiger tellement de temps qu'il est difficile de dire s'il y aura une incidence pratique ou non, car on sait que dans tout travail de recherche, on peut obtenir des résultats totalement imprévus. Donc, notre premier critère est la qualité intrinsèque de la recherche scientifique proposée.

Dr Bois: Vous pourriez peut-être ajouter quelques mots au sujet du financement des travaux sur les maladies cardio-vasculaires.

M. Cole: Vous parliez du secteur privé, alors que moi. . .

Dr Slotin: Il y a également les bénévoles, bien sûr. Il est bien entendu qu'au Canada, c'est le CRM qui finance essentiellement le gros de la recherche biomédicale et, maintenant, c'est le secteur bénévole qui assure en quelque sorte la relève.

Ainsi, un certain nombre de chercheurs subventionnés par le conseil sont également subventionnés par la *Heart and Stroke Foundation*. Cela ne signifie pas qu'il y ait double emploi; au contraire, ces deux sources de financement sont souvent complémentaires.

Ainsi, les recherches sur les maladies cardio-vasculaires seront financées, grosso modo, par moitié par le secteur bénévole et le conseil. Par contre, le CRM est pratiquement le seul à financer les recherches en neurologie.

Une voix: Elles ne jouissent pas d'un profil suffisant.

Dr Slotin: C'est bien cela. Il y a bien la Société Alzheimer du Canada et quelques autres qui interviennent, mais nous assumons quand même 85 p. 100 du financement. Il y a également le cancer. D'après une étude que nous venons tout juste de terminer, le financement de la recherche en cancérologie est assuré conjointement par l'Institut national du cancer et le Conseil de recherches médicales. Nous sommes justement en train de discuter avec l'Institut national du cancer pour trouver une formule qui permettrait d'optimiser au maximum les crédits disponibles. Les crédits pourraient sans doute être relevés de part et d'autre, mais on pourrait également réaliser des économies d'échelle.

M. Cole: Je voudrais justement savoir s'il y a concertation pour utiliser au mieux les programmes existants. Il se fait justement que je travaille pour la *Heart and Stroke Foundation*, et je dois vous dire qu'à mon avis, la coopération entre la fondation et le CRM laisse à désirer, même si je ne puis pas dire que l'un ou l'autre est responsable de cette situation.

[Text]

organization; I am just suggesting it may be evolution that has created this.

Dr. Slotin: There are differences among the voluntary agencies. You can deal with the National Cancer Institute as a single body, whereas with the Heart and Stroke Foundation you are dealing with 10 different provincial bodies and it is a little more difficult. We do have an inter-agency co-ordinating committee that meets not annually, sometimes, but that is another vehicle through which we try to exchange ideas and thoughts on how things might be pursued.

We have just launched over the past year collaborative ventures with groups such as the Kidney Foundation of Canada, the Canadian Hypertension Society and so on to jointly fund fellowships or training awards in specific areas that are of course of interest to both agencies. But again, it is a way of making the dollars go further.

Mr. Cole: My third question is related to health care and health care research and to the other faculties that are involved.

Dr. Bois: I suppose you mean whether or not MRC is supporting research in other health professions.

Mr. Cole: Yes, dentistry, optometry, pharmacy, physiotherapy. Is the peer review to decide that particular project the same type of peer review, or is it made up of people from those disciplines as opposed to people from different disciplines? When it is a pharmaceutical project, for instance, would the peer review come from the pharmaceutical industry, or pharmacists and their people, or does it come under the medical review as it traditionally has in the past?

Dr. Bois: We have a review committee, called Pharmaceutical Sciences Review Committee, with pharmacist scientists—dental sciences have the same thing—and recently we have established a program with nursing research, which is a joint evaluation and funding program with NHRDP because most of the research involved is rather on the side of public health where we do not have that expertise.

Mr. Wilbee (Delta): Welcome to the committee. I have a few questions. I guess the general one would be what areas of need do you see developing in the next five or ten years in your field? What do you see in the opening areas, the developing areas?

• 1045

[Translation]

Dr. Slotin: Il y a certainement des différences entre les diverses organisations bénévoles. Ainsi, l'Institut national du cancer représente un seul organisme, alors que la *Heart and Stroke Foundation* est constituée de dix succursales provinciales, si bien qu'il est plus difficile de traiter avec cette dernière. Nous avons d'ailleurs un comité chargé d'assurer la coordination entre les diverses agences bénévoles qui se réunit périodiquement et qui nous permet de passer en revue la façon de faire avancer les choses.

L'an dernier, nous avons décidé de financer conjointement avec la Fondation canadienne des maladies du rein et la Société canadienne de l'hypertension un certain nombre de bourses de recherche et de formation dans des secteurs d'intérêt mutuel. Cela devrait permettre d'optimiser les crédits disponibles.

M. Cole: Je voudrais maintenant vous poser une question au sujet des travaux de recherche en matière de santé.

Dr. Bois: Vous voulez sans doute savoir si le CRM finance les travaux de recherche dans d'autres secteurs médicaux.

M. Cole: Oui, comme par exemple dans l'art dentaire, l'optométrie, la pharmacie ou la physiothérapie. Les décisions sont-elles prises par les spécialistes de ces disciplines, ou bien par des spécialistes d'autres disciplines? Ainsi, les projets de recherche en pharmacologie sont-ils soumis à des spécialistes en pharmacologie, ou bien les décisions sont-elles prises comme elles l'étaient par le passé?

Dr. Bois: Nous avons un comité des sciences pharmaceutiques constitué de spécialistes de la pharmacologie, et également un comité des sciences dentaires qui fonctionne de la même façon. Nous avons récemment mis sur pied un programme de recherche pour les infirmières, évalué et financé dans le cadre du Programme national de recherche et de développement en matière de santé, cette recherche relevant plutôt de la santé publique, domaine dans lequel nous ne sommes pas spécialisés.

M. Wilbee (Delta): Je voudrais vous poser quelques questions. Quels seront, à votre avis, les nouveaux besoins dans les cinq ou dix années à venir? Quels seront les secteurs les plus prometteurs, à votre avis?

Dr. Bois: Je dois vous avouer que j'ai un certain parti pris. Ainsi, j'estime que c'est en neurobiologie que l'on fait actuellement la recherche la plus passionnante. Pendant de nombreuses années, les neurologues ont dû se contenter de poser des diagnostics sans pouvoir traiter les malades. Or, maintenant, on peut espérer que certaines de ces maladies pour lesquelles il n'existait pas de traitement

[Texte]

no treatment, and there is not yet, might have a therapeutic approach or prevention. This I think is a major breakthrough. Of course, there are many other things.

Mr. Wilbee: You are talking about Alzheimers, ALS, MS, this type of thing.

Dr. Bois: Yes, neuro-degenerative diseases generally speaking. The other one is that very recently a Canadian researcher in neuro-sciences, who has been very well recognized across the world, has been able to demonstrate possibilities of nerve growth or regeneration. As you know, This has always been considered something that is totally impossible. All of this is the result, as I said earlier, of the progress in molecular biology, which makes some approaches possible today that were impossible five or ten years ago.

Mr. Wilbee: There has been discussion in certain areas that AIDS has become the glamour disease, that it is siphoning off research funds from cancer, heart, etc. What is your opinion? Do you feel that there is a danger of this, or do you take this into consideration when you are discussing your grants?

Dr. Bois: We do not have so many excellent proposals in AIDS. You must also—

Mr. Brewin: Mr. Chairman, a point of order. I wonder if we can just clarify the remarks made by the member, give him an opportunity to make it clear what he is saying. It is absolutely outrageous to say that it is a glamour disease, and I am sure he ought to have some opportunity to clear it up. This committee cannot accept that characterization of AIDS, and I would hope the member—

Mr. Wilbee: What I meant is the media event. This is the one that gets the attention. This is the one that—

The Chairman: Would the term “high profile” be more suitable perhaps?

Mr. Wilbee: Yes, the high profile area.

Mr. Brewin: I think it is important that the committee make it clear what our feelings are.

Mr. Wilbee: There is a lot of pressure to put all the research funds into AIDS and we need to recognize that there are many other illnesses, such as the ones that have been mentioned, that are significant and affect a very wide range of people.

The Chairman: Is there anything else you wanted to ask, Dr. Wilbee?

Mr. Wilbee: I just wanted to ask about that, and I think he has pretty well answered it.

Dr. Bois: I do not think as far as basic research is concerned that there is too much funding attributed to research on AIDS. What would be very much needed is increasing support in the training of researchers in the

[Traduction]

jusqu'à présent pourront un jour être soignées, voire prévenues. C'est donc une percée majeure. Il y en a d'ailleurs d'autres.

M. Wilbee: Il s'agit de la maladie d'Alzheimer, de la sclérose latérale amyotrophique, de la sclérose en plaques, etc.

Dr Bois: Ce sont toutes des maladies neuro-dégénératives. Tout récemment, un spécialiste canadien de la neurologie connu dans le monde entier a démontré que les nerfs peuvent repousser ou se régénérer, ce qui, jusqu'à présent, était considéré comme impossible. Ces résultats ont pu être obtenus grâce aux progrès de la biologie moléculaire, qui a permis des solutions inimaginables il y a cinq ou dix ans à peine.

M. Wilbee: D'aucuns prétendent que le SIDA est devenu une maladie à la mode qui détourne des crédits qui auraient normalement été affectés à la recherche sur le cancer, les maladies du coeur, etc. Qu'en pensez-vous? Est-ce réellement un danger, à votre avis, et cela entre-t-il en ligne de compte pour l'attribution des subventions?

Dr Bois: Nous n'avons pas obtenu de nombreuses demandes de haute qualité pour des recherches sur le SIDA. Vous devez aussi. . .

M. Brewin: J'invoque le Règlement, monsieur le président. Je trouve que le député se doit de clarifier ce qu'il vient de dire. C'est scandaleux, à mon avis, de dire que le SIDA est une maladie à la mode, et je suis sûr que ce n'est pas ce qu'il voulait dire. Le Comité ne saurait tolérer que l'on parle ainsi du SIDA. . .

M. Wilbee: Je voulais dire que ce sont les médias qui en font grand cas, et c'est la maladie qui polarise toute l'attention.

Le président: Accepteriez-vous l'expression «profil haut»?

M. Wilbee: Oui, c'est exactement ce que je voulais dire.

M. Brewin: Il est important que le Comité se fasse bien comprendre à ce sujet.

M. Wilbee: De fortes pressions s'exercent en vue de faire attribuer la totalité des crédits de recherche aux travaux sur le SIDA, alors qu'il existe d'autres maladies graves qui frappent de nombreuses personnes.

Le président: Aviez-vous une autre question?

M. Wilbee: C'était ma seule question, et le témoin y a répondu.

Dr Bois: Je ne pense pas que la recherche fondamentale sur le SIDA bénéficie d'un excès de crédits. Il faudrait par contre accroître les crédits pour la formation de chercheurs spécialisés en virologie, en

[Text]

general area of virology, retro-viruses and immunology. We do support graduate students, but the numbers in Canada are not very large. We need some expertise. When you realize that training in any of these fields is a minimum of five or six years, and generally seven to eight years, it is quite a time for any student.

• 1050

Mme Nicole Roy-Arcelin (députée d'Ahuntsic): J'ai une petite question un peu sentimentale, qui sort peut-être du sillon normal. Je pense aux candidats potentiels qui ont d'énormes difficultés à entrer dans les facultés de médecine même s'ils respectent tous les critères d'acceptation. Est-ce dû à une trop grande pression de la part des corporations de médecins ou du Collège des médecins et chirurgiens? Je ne le sais pas. Je pense qu'on perd ainsi énormément de talents et peut-être, pis encore, de futurs grands chercheurs. Est-ce que votre Conseil s'est penché sur cette question? Ne voyez-vous pas qu'il y a un malaise? C'est un contingentement qui est très strict. Est-ce qu'on a trop de médecins au pays? Qu'est-ce qui se passe? J'aimerais avoir votre opinion là-dessus, s'il vous plaît.

Dr Bois: Comme j'ai eu à m'occuper de ces questions-là quand j'étais à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, je sais que le problème est assez simple: c'est une question de ressources. Je crois que ce sont les autorités gouvernementales, au pays et à l'étranger, qui ont dû établir combien de médecins seraient formés dans telle ou telle province, beaucoup plus que les corporations qui n'ont vraiment pas grand-chose à dire là-dessus, au sens des études médicales.

Je n'aborderai pas la question des permis d'exercice parce que c'est une jungle. Au sens des étudiants, bien sûr, il y a bien des jeunes gens qui pourraient devenir d'excellents médecins si nous avions plus de facultés de médecine, plus d'écoles de médecine. D'autre part, les résultats de beaucoup d'analyses semblent démontrer que le besoin de professionnels n'est peut-être plus aussi grand qu'on le croit. La discussion est beaucoup plus au niveau public finalement. Comme c'est une décision gouvernementale, d'administration gouvernementale, c'est davantage une discussion publique qu'une discussion professionnelle.

Les jeunes qui ne peuvent pas avoir accès aux études médicales aujourd'hui peuvent quand même avoir accès aux études spécialisées en sciences de base. Ils peuvent s'inscrire au doctorat en biologie, en physiologie, en sciences appliquées et devenir d'excellents chercheurs.

Je reconnais cependant que chaque année, à Montréal, je trouvais bien déprimant de ne pouvoir accepter que 200 étudiants sur 2,000 candidats.

The Chairman: Thank you, Dr. Bois. On behalf of the committee, I appreciate you taking time to spend with us today, as well as Mr. Belliveau, Dr. Slotin, and officials from your department. We thank you very much for

[Translation]

rétrovirus et en immunologie. Nous attribuons des bourses à des étudiants de troisième cycle, mais leur nombre n'est pas tellement élevé au Canada. Or, ces spécialistes nous manquent. La période de formation spécialisée de l'étudiant dans ces domaines est de cinq ou six, sinon sept ou huit ans; c'est très long.

Mrs. Nicole Roy-Arcelin (Ahuntsic): I have a short and rather sentimental question, which may be somewhat out of the ordinary. I am thinking of possible candidates who have considerable difficulty getting into medical schools, even though they may meet all the entrance criteria. Is this because of excessive pressure on the part of medical associations or the College of Physicians and Surgeons? I do not know. I think this fact means that we are losing a great deal of talent and, even worse, losing future researchers. Has your Council considered this situation? Do you not agree that there is a problem? The quota system is quite limiting. Do we have too many doctors in Canada? What is going on? I would like to have your opinion on that point, please.

Dr. Bois: Since I had to deal with this problem when I was at the Faculty of Medicine of the Université de Montréal, I know it is a simple one: a lack of resources. I think that in Canada as well as in other countries, the number of doctors to be trained per province is set by the government, rather than by associations, which really do not have much to say about the study of medicine.

I am not going to get into the question of licensing: it is a jungle. Certainly there are many young students who could become excellent doctors if we had more faculties and schools of medicine. On the other hand, many studies seem to indicate that the need for professionals is not as great as it might seem. In the end, this is a public issue. Because it is a government decision, it is more a public than a professional issue.

Today, young people who cannot go on to medical studies may still go on to advanced studies in basic sciences. They may do a doctorate in biology, physiology, or applied sciences and become top-notch researchers.

However, I will say that I found it quite depressing to be able to accept only 200 students each year out of 2000 candidates in Montreal.

Le président: Merci, docteur Bois. Au nom du Comité, je tiens à vous remercier du temps que vous, M. Belliveau, Dr Slotin et vos fonctionnaires avez pris pour comparaître devant le Comité aujourd'hui. Les membres

[Texte]

appearing before us and look forward to meeting with you again as the committee develops its work in the future.

I remind the committee that our next meeting is Thursday, June 22, with the Federal Centre for Aids. It is in the same room. At 9 a.m. on Tuesday there is a meeting of the Subcommittee on Agenda and Procedure in Room 306 of the West Block. It is a meeting regarding future business of the committee. I think you have notices in your offices.

[Traduction]

du Comité auront sûrement le plaisir de discuter avec vous de nouveau dans le cadre de ses travaux futurs.

Je rappelle aux membres du Comité que la prochaine réunion aura lieu dans cette salle le jeudi 22 juin, moment auquel comparaitront les représentants du Centre fédéral pour le Sida. Par ailleurs, le Sous-comité du programme et la procédure se réunira mardi à 9 heures dans la salle 306 de l'Édifice de l'ouest. Il s'agit d'une réunion concernant les travaux futurs du Comité. Je crois que des avis de convocation ont été envoyés à vos bureaux.

• 1055

Thank you very much for being with us.

Dr. Bois: Thank you.

The Chairman: This meeting stands adjourned.

Merci beaucoup d'avoir comparu.

Dr Bois: Merci.

Le président: La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Medical Research Council of Canada:

Dr. Pierre Bois, President;
Dr. Lewis Slotin, Director, Programs Branch;
Al Belliveau, Director, Corporate Management;

Denis Saint-Jean, Director, Communications.

TÉMOINS

Du Conseil de recherches médicales du Canada:

D^r Pierre Bois, président;
D^r Lewis Slotin, directeur, Direction des programmes;
Al Belliveau, directeur, Direction de la gestion
intégrée;

Denis Saint-Jean, directeur, Communications.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 7

Thursday, June 22, 1989

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 7

Le jeudi 22 juin 1989

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Main Estimates 1989-90: Votes 35, 40 and 45 under
NATIONAL HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1989-1990: crédits 35,
40 et 45 sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET
BIEN-ÊTRE SOCIAL

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Le greffier du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, JUNE 22, 1989

(9)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:38 o'clock a.m. this day, in Room 112-N Centre Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, John Cole, Joy Langan, Bob Porter, Brian White.

Acting Members present: Gilles Bernier for Nicole Roy-Arcelin, Joe Fontana for Paul Martin, Svend J. Robinson for Joy Langan.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Antony G. Jackson and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the Department of National Health and Welfare: Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch; Dr. A.J. Clayton, Director, Federal Centre for AIDS.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Friday, April 28, 1989, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1990. (See *Minutes of Proceedings, Wednesday, May 24, 1989, Issue No. 1*).

The Chairman called Votes 35, 40 and 45.

Dr. A.J. Clayton made a statement and, with the other witness, answered questions.

At 11:09 o'clock a.m., the Committee proceeded *in camera* to consider the Third Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure.

After debate, it was agreed,—That the Third Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure, as amended, be concurred in.

At 11:38 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 22 JUIN 1989

(9)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9h38, dans la salle 112-N de l'édifice du Centre, sous la présidence de Bob Porter, (président).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, John Cole, Joy Langan, Bob Porter, Brian White.

Membres suppléants présents: Gilles Bernier remplace Nicole Roy-Arcelin; Joe Fontana remplace Paul Martin et Svend J. Robinson remplace Joy Langan.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Antony G. Jackson et Joan Vance, attachés de recherche.

Témoins: Du Ministère de la santé nationale et du bien-être social: A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé; A.J. Clayton, directeur, Centre fédéral sur le SIDA.

En conformité de son Ordre de renvoi du vendredi 28 avril 1989, le Comité poursuit l'étude du Budget des dépenses principal pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1990. (Voir les *Procès-verbaux et témoignages du mercredi 24 mai 1989, fascicule n° 1*.)

Le président appelle les crédits 35, 40 et 45.

A.J. Clayton fait un exposé et, avec les autres témoins, répond aux questions.

À 11h09, la séance se poursuit à huis clos afin d'examiner le troisième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure.

Après débat il est convenu,—Que le troisième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure, modifié, soit adopté.

À 11h38, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Thursday, June 22, 1989

• 0938

The Chairman: Order, please. I see we have a quorum. The committee is meeting this morning to study the main estimates for 1989-90, three votes under National Health and Welfare, according to our reference dated Friday, April 28, 1989. This morning I will call for votes 35, 40 and 45.

As witnesses we have with us Dr. Clayton, Director of the Federal Centre for AIDS, and Dr. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch.

If we can work up to 11 a.m., I would remind committee members that we will try to have a fairly brief meeting following this relating to the future business of the committee and bringing in the report of the subcommittee on agenda.

Dr. A.J. Liston (Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch, Department of National Health and Welfare): Mr. Chairman, we thought it might be helpful to committee members if we tried to outline in a rather succinct fashion, using slides, the current status of AIDS, essentially giving the information that was used in some measure at the AIDS conference held recently in Montreal. I think it would serve as a good introduction to the topic and we would be pleased to answer questions about this aspect of our program afterwards.

• 0940

Dr. A.J. Clayton (Director, Federal Centre for AIDS): Good morning, ladies and gentlemen. I would like to spend perhaps half an hour going over some slides with you. As Dr. Liston said, we shall talk a bit about the incidence and then something about where I think we are going. Much of this is speculative, but I hope you will find it interesting. There will be a little about some of the issues we face today, and then I hope we can entertain some good questions between us.

[Video Presentation]

What you see right now is a very famous picture from *National Geographic*. The pink material is the famous T4 lymphocyte, and although you probably cannot see very clearly at the back—the other end—the human immunodeficiency virus is emerging. I am not going to go into the pathology of the disease. I think you are probably well aware of it. I just want to use this as an introduction. The virus inserts itself into this key lymphocyte. Think of the lymphocyte as the leader of the immunological orchestra,

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le jeudi 22 juin 1989

Le président: La séance est ouverte. Je vois que nous avons le quorum. Le Comité siège ce matin pour étudier le budget principal des dépenses pour 1989-1990, et plus précisément trois crédits sous la rubrique Santé nationale et Bien-être social, conformément à notre ordre de renvoi du vendredi 28 avril 1989. Je mets ce matin en délibération les crédits 35, 40 et 45.

Nos témoins aujourd'hui sont le D^r Clayton, directeur du Centre fédéral sur le sida, et le D^r Liston, sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé.

Nous pourrions entendre les témoins jusqu'à 11h00, et je rappelle aux membres du Comité que nous essayerons de tenir ensuite une brève séance pour discuter des travaux futurs du Comité et présenter le rapport du sous-comité des programmes.

Dr A.J. Liston (sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Monsieur le président, nous avons pensé qu'il serait utile pour les membres du Comité de leur donner un aperçu assez succinct, au moyen de diapositives, de la situation actuelle du sida, pour leur communiquer surtout les renseignements qui ont été utilisés en partie lors de la conférence sur le sida qui s'est tenue récemment à Montréal. Cela nous servira d'introduction et nous serons heureux de répondre ensuite aux questions portant sur cet aspect de notre programme.

M. A.J. Clayton (directeur, Centre fédéral sur le sida): Bonjour, mesdames et messieurs. J'aimerais vous présenter certaines diapositives pendant environ une demi-heure. Comme l'a dit le D^r Liston, nous discuterons de l'incidence de la maladie et ensuite de ce que nous réserve l'avenir. Il y a beaucoup de spéculation dans les données que je vais vous fournir, mais j'espère que vous les trouverez intéressantes. Je parlerai de certains problèmes auxquels nous sommes confrontés à l'heure actuelle et j'espère ensuite que le dialogue sera constructif.

[Présentation vidéo]

La diapositive que vous avez sous les yeux est une photo célèbre du *National Geographic*. La partie rose correspond au fameux lymphocyte T4, et même si vous ne le voyez pas très clairement, on peut voir à l'autre extrémité apparaître le virus de l'immunodéficience humaine. Je ne vais pas m'étendre sur la pathologie de la maladie. C'est un aspect que vous connaissez tous sans doute très bien. Je veux simplement utiliser cette photo comme introduction. Le virus s'introduit dans ce

[Texte]

and if the conductor is not there the instruments play in disarray. It is a very key element of the immune system, and as the virus penetrates the lymphocyte and replicates or reproduces within that cell, it then creates a virus factory, if you will, which then goes on to infect other cells, and progressively, as those cells are depleted, so is the immune system, becoming more and more inactive or ineffective, and people become subject to various diseases.

I will discuss the origin of the virus very quickly. It is considered by some people, perhaps not everybody but probably the majority, that it originated in west Africa in the late 1950s as a result of an evolutionary change, if you will. All life forms are subject to evolution, and AIDS or any other new virus or any new species is a product of evolution. Something happened back in the 1950s to a monkey virus, which we call simian immuno deficiency virus, and perhaps through the chance changes, the genetic changes that occur, it became pathogenic or disease-bearing in man. How it got from monkey to man, nobody knows. There is some anecdotal evidence that in Africa they take monkey blood and quickly inject it into humans because it is considered that monkey blood may be an aphrodisiac, like powdered rhinoceros horn—equally ineffective, I suppose. But that would be a very good way for transferring a new species of virus to man. Something like that happened in the 1950s, and then it spread very slowly around the world, unseen, because of the long, long incubation period.

It was not until 1981, when a cluster of cases occurred in Los Angeles of a strange pneumonia in gay males, which was very uncommon, that they recognized there was a new disease. Epidemiologists were triggered to the fact that something different was happening, albeit cases were occurring sporadically around the world prior to that. You may have read of a case of a young black 14-year-old male in 1969 in Kansas City who died of an unexplained immune disease. They stored his serum, dug it out a couple of years ago and found it loaded with much evidence of the AIDS virus. He was an indication of a sporadic case occurring 20 years ago, 10 years or more before the disease was recognized. So it was only this cluster that triggered the recognition that something was happening. Shortly after that the disease was described and recognized, and it was not until 1984 that the virus was first identified, which we now call the human immuno deficiency virus, the grape-like clusters I showed you at the beginning.

[Traduction]

lymphocyte crucial. Considérez le lymphocyte comme le chef de l'orchestre immunologique sans lequel les instruments ne sont plus en harmonie. C'est un élément essentiel du système immunitaire, et lorsque le virus pénètre dans le lymphocyte et se reproduit au sein de cette cellule, il crée une usine à virus, si vous voulez, qui vont ensuite infecter d'autres cellules et le système immunitaire est alors progressivement détruit en même temps que ces cellules et devient de plus en plus inactif ou inefficace et les personnes atteintes contractent diverses maladies.

Je vais dire quelques mots brièvement sur l'origine du virus. Selon certaines personnes, et si ce n'est pas l'avis de tous, c'est celui du moins de la majorité, le virus a vu le jour en Afrique de l'Ouest vers la fin des années 50 à la suite d'un processus d'évolution, si vous voulez. Toutes les formes vivantes font l'objet d'une évolution, et le sida ou tout autre nouveau virus ou nouvelle espèce est le fruit de l'évolution. Dans les années 50, un virus présent chez les singes, que l'on appelle virus de l'immunodéficience simienne, a subi une transformation et par le fait du hasard ou des modifications génétiques qui se produisent, ce virus est devenu pathogène, c'est-à-dire susceptible de causer la maladie, chez l'homme. Personne ne sait comment le virus est passé du singe à l'homme. D'après certains témoignages anecdotiques, en Afrique, on prélève le sang des singes pour l'injecter rapidement dans des êtres humains parce qu'on le considère comme un aphrodisiaque, au même titre que la poudre de corne de rhinocéros—aussi inefficace l'un que l'autre, je suppose. Toutefois, ce serait une très bonne façon de transférer une nouvelle espèce de virus à l'homme. Ce genre de phénomène s'est produit dans les années 50 et le virus s'est alors répandu lentement dans le monde entier, sans que l'on ne s'en rende compte, étant donné la très longue période d'incubation.

Ce n'est qu'en 1981, lorsqu'un certain nombre de cas de pneumonies particulières ont été décelés chez les homosexuels de sexe masculin à Los Angeles, ce qui était très rare, que l'on a reconnu qu'il s'agissait d'une nouvelle maladie. Les épidémiologistes ont reconnu que quelque chose de nouveau se produisait, même si certains cas étaient décelés de façon sporadique auparavant, dans diverses régions du monde. Vous avez peut-être entendu parler d'un jeune homme noir de 14 ans qui est mort en 1969, à Kansas City, d'une maladie inexpliquée du système immunitaire. Les médecins ont gardé son sérum en réserve, l'ont ressorti il y a environ deux ans et ont constaté une forte présence du virus du sida. C'est donc la preuve de l'existence de cas isolés survenus il y a 20 ans, dix ans ou plus avant que l'on ne décèle la maladie. C'est donc parce qu'un groupe de personnes ont été atteintes en même temps que l'on s'est rendu compte que quelque chose se produisait. On a pu décrire et reconnaître la maladie peu de temps après, et il a fallu attendre 1984 pour identifier pour la première fois le virus, appelé virus de l'immunodéficience humaine, le groupe de cellules en forme de grappe de raisins que je vous ai montré au début.

[Text]

The first case was recorded in Canada in 1982, but again there were Canadian cases prior to that. There was one case anyway of a bush pilot in Zaire who crashed in 1976, received a blood transfusion in Zaire, and subsequently came back to Edmonton and died in 1979 of what we now recognize as AIDS. So it was another of these sporadic cases. Eight years or so later, as of this morning, we now have 2,785 cases. This chart shows you the total number of cases at the top. The red portion are those who have died, and the green portion are those who are still alive. You can see the majority, some 80%, are males, and there are very few females—140, 150 now, and some 44 children.

• 0945

As you would expect, the incidence in those who are sexually active, ages between 20 and 49... though I should add that people who are over 50 are not sexually inactive. You will find, nevertheless, that is another indication of this being a disease that is largely sexually transmitted.

This indicates the risk factors. The top bar is the incidence of cases in gay males, gay homosexual and bisexual males—about 82% of our cases.

Surprisingly, we have very few cases in drug users, only 25. That is about 1% of our total. In the United States something over 20% of cases are drug users, and in other parts of Europe, 50% to 60%. I guess it really means it has not happened yet. This gives us an indication for activity we have to undertake to try to prevent the infection spreading into injection drug users.

The classic case was in Thailand, where a cohort of drug users in Bangkok was studied. At the beginning of the study period 1% of them were injection drug users, and 15 months later 48% had sera converted—in other words, were infected, and you could demonstrate the antibody in them. They were not AIDS cases at that stage but had become infected. That shows you how quickly the virus could spread in a risk group, in a group undertaking risky activities. That is what we have to try to present in Canada; I will come to that later.

We have relatively few cases in blood and blood products—140. Those are people who had transfusion-associated cases, all of whom were infected prior to blood being screened, in 1985. A number, maybe about 50 people, in that group are hemophiliacs, who were also infected prior to... Factor VIII, the clotting product they receive, has also been heat-treated since 1985. The blood is screened and the clotting factor is heat-treated.

[Translation]

Le premier cas a été enregistré au Canada en 1982, mais là encore il y a eu d'autres cas avant cette date. On a rapporté le cas d'un pilote de brousse du Zaïre dont l'appareil s'est écrasé en 1976, et qui a reçu une transfusion de sang dans ce pays et est revenu ensuite à Edmonton où il est mort en 1979 de la maladie que nous appelons désormais le sida. Il s'agissait donc d'un autre cas isolé. Huit ans plus tard environ, à ce jour, nous comptons 2785 cas au Canada. En haut du tableau se trouve le nombre total de cas décelés. La partie rouge correspond à ceux qui sont décédés et la verte à ceux qui sont encore en vie. Comme vous pouvez le voir, la majorité des cas, soit près de 80 p. 100, sont des hommes et il y a quelques cas chez les femmes—140 ou 150 à l'heure actuelle et environ 44 enfants.

Comme on peut s'y attendre, la fréquence des cas parmi les personnes qui mènent une vie sexuelle active et sont âgées de 20 à 49 ans... j'ajoute toutefois que des personnes de plus de 50 ans ne cessent pas toute activité sexuelle. Vous constaterez néanmoins que cela prouve aussi que cette maladie est en grande partie transmise par voie sexuelle.

Voici maintenant les facteurs de risque. La barre supérieure correspond au taux de fréquence des cas chez les hommes, homosexuels et bisexuels, soit environ 82 p. 100.

Fait surprenant à noter, le nombre de cas parmi les toxicomanes est assez faible, soit 25, ce qui représente environ 1 p. 100 du nombre total de cas. Aux États-Unis, plus de 20 p. 100 des cas sont des toxicomanes et dans d'autres régions d'Europe de 50 à 60 p. 100. Cela signifie en réalité, je suppose, que cela ne s'est pas encore produit dans notre pays. Nous savons donc quel genre d'activité entreprendre pour empêcher l'infection de se répandre parmi les toxicomanes.

L'exemple classique est celui de la Thaïlande, où une cohorte de toxicomanes de Bangkok a fait l'objet d'une étude. Au début de la période visée par l'étude, 1 p. 100 d'entre eux se droguait au moyen de seringues, et 15 mois plus tard, 48 p. 100 avaient subi une transformation du sérum—autrement dit, ils étaient infectés et l'on pouvait déceler l'anticorps dans leur système. Ce n'était pas des cas de sida à ce moment-là, mais ces personnes étaient infectées. Cela prouve à quelle vitesse le virus peut se répandre au sein d'un groupe à risque, un groupe dont les activités présentent des risques. C'est ce que nous avons essayé d'empêcher au Canada et j'y reviendrai plus tard.

Le nombre de cas d'infection transmise par le sang et les produits du sang est assez faible, soit 140. Il s'agit de personnes qui ont reçu des transfusions—des cas associés, qui étaient toutes infectées avant qu'elles ne soient analysées en 1985. Un certain nombre de membres de ce groupe, une cinquantaine environ, sont des hémophiles qui étaient également infectés avant... Le facteur VIII, le produit coagulant qu'ils reçoivent, est également traité par la méthode thermique depuis 1985. Le sang est examiné

[Texte]

Then we have two groups, heterosexual activity. . . and we split them into two: those people from endemic areas, the majority of whom, 123 of them, are Haitians—not all, but most of them; the second group, some 76, are people. . . heterosexual activity with people in the above four groups. So that is a fairly constant figure of about 2.5%.

This shows provincial distribution. You will see that Ontario and Quebec have the largest number of cases, with British Columbia coming third. But British Columbia has the highest rate when you look at it on the basis of cumulative rates per million. British Columbia has nearly 200 per million, whereas Ontario and Quebec have about 100 per million. So that really indicates the focus of AIDS cases is in our three major cities, Vancouver, Toronto, and Montreal. Alberta is fourth, with a significant number of cases. Then the rest of the provinces have very few, again confirming that what we are seeing at the moment is an urban disease, with very little spread rurally.

• 0950

So we have over 2,500 cases in Canada and almost 100,000 in the United States—they probably passed that this week—and about 150,000 reported cases in the world. But they are now suggesting that there may be half a million cases in the rest of the world, mostly unreported. This is reflected in the reported cases in this slide, where you can see the some 150,000 cases, the majority of which are in North America or the Americas. The figure of 105,000 includes Canada, Brazil and the United States. As I say, most cases in Central Africa, probably 350,000, are not reported.

We have only seven or eight years of experience with this disease. Remember, I mentioned it was first identified in 1981. Eight years later, we know that of the people who become infected, 50% go on to get the disease, and as each year goes by that figure gets a little bit higher. We do not know whether it will end up as 80% or 90%, probably something of that nature; and perhaps a slide five years from now may say that 80% of people who are infected within 15 years will get the disease. Only time and the experience of this disease will give us the answer.

Within two years 80% of the cases die; the majority die within three years. In effect, it is a universally fatal disease, although we are seeing an extension of people's lives, and I will talk about that a little bit later. Some people would like to suggest that this is a chronic disease,

[Traduction]

attentivement et le facteur coagulant est traité par la méthode thermique.

Ensuite, le groupe des hétérosexuels est divisé en deux: les personnes originaires des régions endémiques, dont la majorité, soit 123, sont Haïtiens—pas tous, mais la plupart d'entre eux; et le second groupe, soit près de 76 personnes qui mènent des activités hétérosexuelles avec des membres des quatre groupes précédents. Il y a donc parmi eux un taux relativement constant d'environ 2.5 p. 100.

Cette diapositive correspond à la répartition par province. Comme vous pouvez le voir, l'Ontario et le Québec viennent en tête, suivies par la Colombie-Britannique, pour ce qui est du nombre de cas. Toutefois, cette dernière province compte le taux le plus élevé si l'on tient compte du taux cumulatif par million d'habitants. En Colombie-Britannique, il y a près de 200 cas par million d'habitants, contre 100 pour l'Ontario et le Québec. Cela prouve donc que le nombre de cas de sida est concentré dans nos trois principales villes: Vancouver, Toronto et Montréal. L'Alberta vient en quatrième place, avec un nombre important de cas. Il y en a quelques-uns seulement dans les autres provinces, ce qui confirme les constatations actuelles, soit qu'il s'agit d'une maladie essentiellement urbaine encore peu présente dans les régions rurales.

Il y a donc plus de 2 500 cas de sida au Canada et presque 100 000 aux États-Unis — sans doute plus depuis cette semaine — et environ 150 000 cas signalés dans le monde. On pense toutefois aujourd'hui qu'il y a peut-être un demi-million de cas dans le reste du monde, pour la plupart non déclarés. C'est ce que révèle le nombre de cas déclarés selon cette diapositive, où l'on peut voir que la majorité des 150 000 cas environ se trouve en Amérique du Nord ou sur le continent américain. Le Canada, le Brésil et les États-Unis comptent ensemble 105 000 cas. Je le répète, la plupart des cas en Afrique centrale, soit environ 350 000, ne sont pas déclarés.

Nous ne connaissons cette maladie que depuis sept ou huit ans. Rappelez-vous, j'ai déclaré qu'elle a été identifiée pour la première fois en 1981. Huit ans plus tard, nous savons que sur le nombre de personnes infectées, 50 p. 100 contracteront la maladie et ce taux augmente légèrement d'une année à l'autre. Nous ne savons pas si on en arrivera à 80 ou 90 p. 100, ce qui est possible; et dans cinq ans, nous pourrions peut-être projeter une diapositive indiquant que 80 p. 100 des personnes infectées contracteront la maladie dans une période de 15 ans. Seuls le temps et l'expérience nous fourniront la réponse.

Par ailleurs, 80 p. 100 des personnes atteintes de la maladie meurent dans les deux ans, et la majorité d'entre elles dans les trois ans. En effet, il s'agit d'une maladie fatale pour tout le monde, même si l'on réussit actuellement à prolonger la vie des gens; je reviendrai sur

[Text]

but that is a moot point. It depends on your definition of chronicity.

We are all aware that the disease is transmitted in only three ways: through sexual activity; through the sharing of blood and blood products, such as injections drug users use; and from a mother to her child at or about the time of birth, and possibly breast milk, but that has not been completely established, although a number of studies have come in showing that in some parts of the world breast milk may well be a vehicle for transmission of the virus.

All blood was screened in Canada in 1985, as I mentioned to you. I want to talk quickly about the blood supply, and I think you might find this of interest. A lot of people are suggesting that the blood transfusion services are not safe. There was a case in the papers two weeks ago where the woman wanted to dedicate her blood to her daughter, and there is nothing wrong with that; it is a very good request. She was denied it, but that is another story.

In 1988 the Canadian Blood Transfusion Service received about 1.2 million donations. Of that, you can see that nearly 7,000 were repeat positive; in other words, they were tested with the normal screening test on two occasions and both tests were positive. However, they have to be confirmed and we go for confirmatory testing. You will see from the slide that only 54 were truly positive. That indicates an awfully large number of false positives with this test when you are testing a low-risk population, which this is. I think it is something like 28:1. That is important to remember when people are talking about mass screening, because with any mass screening program, in order to find the 1 out of the 28, these blood samples must go for confirmatory testing, which adds another \$50 to \$100.

The Red Cross have said there is about a one in five million chance of getting a contaminated blood unit. This slide indicates that the chances of dying are one in one million. I use this just to give you a little bit of balance here. If you travel 400 miles by air, you have a one in one million chance of dying. If you travel 60 miles by car, you have a one one in one million chance, and there is smoking cigarettes, etc. There is one that is going to bother me in a few years: for a man aged 60 for 20 minutes, there is a one in one million chance of dying. The point about the slide is that a one in five million risk from a blood transfusion is very, very small odds, and really the blood transfusion service in this country is very safe.

Now, I want to give a little bit of speculation here. This is not speculation at first. This is part of the material I presented at the AIDS conference a couple of weeks ago.

[Translation]

cette question dans un moment. Certaines personnes aimeraient croire qu'il s'agit d'une maladie chronique, mais c'est discutable. Tout dépend de la façon dont on définit une maladie chronique.

Nous savons tous que la maladie se transmet de trois façons seulement : par l'activité sexuelle, par l'échange de sang et de produits du sang, comme les seringues qu'utilisent les toxicomanes, et par une mère à son enfant au moment de la naissance, et peut-être lorsqu'elle allaite son enfant, mais cela n'a pas été prouvé de façon concluante, même si un certain nombre d'études ont révélé que dans certaines régions du monde, le lait maternel est peut-être un moyen de transmission du virus.

Au Canada, comme je vous l'ai déjà dit, toutes les réserves de sang sont examinées depuis 1985. Je voudrais dire quelques mots au sujet de la réserve de sang, et je pense que ces renseignements vous intéresseront. Bien des gens prétendent que les services de transfusion sanguine présentent des risques. Il y a deux semaines, on a rapporté dans les journaux le cas d'une femme qui voulait donner son sang pour sa fille, ce qui est tout à fait normal; c'est une demande bien justifiée. Sa demande a été refusée, mais c'est une autre histoire.

En 1988, le Service canadien des transfusions sanguines a reçu environ 1,2 million de dons de sang. Sur ce nombre, près de 7 000 ont été jugés positifs à deux reprises; autrement dit, ce sang a été testé par le système de dépistage normal à deux reprises et les résultats ont été positifs les deux fois. Toutefois, dans ces cas-là, on procède ensuite à des tests de confirmation. Vous pouvez voir sur cette diapositive que 54 cas seulement étaient véritablement positifs. Autrement dit, lorsqu'on fait subir des tests aux membres d'une population à faible risque, comme celle-ci, on obtient énormément de résultats faussement positifs. Le rapport est d'environ 28 pour un, sauf erreur. Il importe de s'en souvenir lorsqu'on parle de dépistage collectif, car dans tout programme d'analyse collective, pour trouver le cas sur les 28, il faut faire subir à ces échantillons de sang des tests de confirmation, ce qui entraîne des dépenses supplémentaires de 50 à 100\$.

La Croix-Rouge a déclaré qu'il existe environ une chance sur cinq millions de recevoir du sang contaminé. Cette diapositive indique que les risques de décès sont de un sur un million. Je cite ces chiffres pour vous donner une meilleure idée de ce que cela signifie. Si l'on parcourt 400 milles en avion, le risque de décès est de un sur un million. Si l'on parcourt 60 milles en voiture, le risque est le même, et il y a aussi les dangers du tabac, etc. Il y a une chose qui va me préoccuper dans quelques années: pour un homme âgé de 60 ans, le risque de décès est de un sur un million au cours d'une période de 20 minutes. Cette diapositive prouve donc que le risque relatif à une transfusion sanguine, soit un sur cinq millions, est extrêmement faible et qu'en réalité, les services de transfusion sanguine de notre pays sont très sûrs.

Je voudrais maintenant élaborer quelques hypothèses. À première vue, ce n'est pas de la spéculation. Ces renseignements figuraient dans la documentation que j'ai

[Texte]

This indicates that in Canada—in Canada only—there is a possible plateauing of cases in male homosexuals. The red bar is what we estimate will be the final numbers of reported cases—the red bar indicates those actually reported to this time—because it takes up to 12 months to 18 months before all the cases of a given year are actually reported to us. So the red bar is the one I would like you to look at. When you look at that on a semi-log plot, you can see this more clearly, but between 1986 and 1988 there seems to be a levelling off of cases in Canada in the male homosexual group. Now, this is significant.

• 0955

What we are seeing also is that a few years ago the numbers of cases doubled every 10 months. Now we are seeing cases doubling every 18 months. So we get an extension of the doubling period, which is another indication of lack of that exponential growth of cases in our society.

Also, cases of syphilis in males aged 20 to 40... Syphilis is seen more often in Canada in gay males. Because of the short incubation period and so forth, this is quite a good indication of what is happening. You can see that cases of syphilis since 1984 have gone from about 800 to about 150. It is just another indication that the message is getting through, that precautions and behaviour change are getting through in those undertaking that type of high-risk activity.

Nevertheless, we still project that 10,000 cases will be reported by 1992. This graph shows you the percentage of cases reported to us in Canada. The yellow bar is the percentage of male homosexuals and bisexuals. It has been constantly about 80% over those years.

The bottom bars, which are kind of mixed up, indicate heterosexual—those with blood-borne infections such as hemophiliacs and transfusions, etc., and those from endemic areas in heterosexual activities. That has been fairly constant at about less than 5% in each of those categories.

So we are not seeing a rapid rise in AIDS cases in those groups at the bottom of the graph. We are seeing a flattening—do not look at that yellow graph as an indication of flattening, it is an indication of continual percentages of previous graphs—of the male homosexual. I think it is encouraging.

[Traduction]

présentée à la conférence sur le sida il y a deux semaines. Il semble qu'au Canada — au Canada uniquement — le nombre de cas de sida parmi les homosexuels du sexe masculin soit en train de se stabiliser. La ligne rouge correspond au nombre final de cas déclarés, selon nos estimations — il s'agit en fait du nombre de cas véritablement déclarés jusqu'ici — parce qu'il faut de 12 à 18 mois avant que les cas survenus au cours d'une année donnée nous soient véritablement signalés. J'aimerais maintenant attirer votre attention sur la ligne rouge. Une projection semi-logarithmique indique plus clairement cette tendance, mais de 1986 à 1988, il semble qu'il y a eu une stabilisation des cas dans les groupes homosexuels de sexe masculin au Canada. Il s'agit là d'une constatation importante.

Il y a quelques années, le nombre de cas doublait tous les 10 mois. Il faut maintenant 18 mois. La période au cours de laquelle le nombre de cas double s'allonge: cela nous indique également l'absence de cette croissance exponentielle des cas dans notre société.

Les cas de syphilis chez les hommes âgés de 20 à 40 ans... La syphilis est davantage répandue chez les homosexuels de sexe masculin au Canada. Étant donné la courte période d'incubation et d'autres facteurs, il s'agit d'un très bon indicateur décrivant la situation actuelle. Les cas de syphilis depuis 1984 sont passés de 800 à environ 150. Cela nous indique de nouveau que notre message est bien compris, les personnes qui s'adonnent à ce genre d'activité à risque élevé prennent maintenant des mesures de précaution et ont également changé leur comportement.

Néanmoins, nous estimons toujours que 10 000 cas seront signalés d'ici 1992. Ce tableau indique le pourcentage de cas signalés au Canada. Le trait jaune décrit le pourcentage d'hommes homosexuels et bisexuels. Ce pourcentage s'est maintenu à environ 80 p. 100 au cours des ans.

Les traits au bas du graphique, qui sont quelque peu entrelacés, indiquent le nombre d'hétérosexuels victimes d'infection à diffusion par voie sanguine comme l'hémophilie ou les maladies transmises par transfusion sanguine et autres maladies et le nombre de personnes dans les régions endémiques qui s'adonnent à des activités hétérosexuelles. Ce nombre est demeuré constant, à moins de cinq p. 100, pour chacune de ces catégories.

Donc, nous n'avons pas connu d'augmentation rapide des cas de sida dans ces groupes au bas du tableau. Nous avons une stabilisation du nombre de cas chez les homosexuels de sexe masculin—ne tenez pas compte du tableau jaune comme indication de cette stabilisation, il s'agit plutôt des pourcentages continuels des tableaux précédents. Je pense qu'il s'agit d'une tendance encourageante.

[Text]

It is absolutely essential that it be contained, that we do not allow it to spread to other groups such as injection drug users, because if we do so... and we estimate that there are well over 50,000 injection drug users in Canada and we think maybe 10% at the most of those are infected. Only a very few, whatever it was—25. I think—were cases of AIDS. If we can contain it by education and other programs, I think that is the way to go; because if we do not contain it, what we might see is something like that: the curve taking off again in an exponential way.

If we are complacent and we do not keep the message going and we do not reiterate education, we do not put programs into place and we do not do all the things we should do, we may see this flattening continue, so we will never get down to endemic or reasonable levels. What we clearly would like to see is something like that, the ideal epidemic curve—if an epidemic is ideal. I guess it is the curve that is ideal and not the epidemic. What we would like to see is cases of AIDS come down like that—we will never eradicate it, it is always going to be in our society at a certain level—and then keep it at that level.

What I now am going to say is speculative and it is not an indication that we have this thing beaten. We do not have this thing beaten. What I am going to try to indicate is if the curve goes that way, if we can keep our education messages going, if that plateauing of the male homosexual cases is indeed a plateauing, then maybe this is the sort of pattern we can strive for by continually reaffirming education. If that is the case, we might be seeing an epidemic over about 30 years. That is my speculation, so take it for what it is worth. That being the case, if indeed that is the case, we are probably not even at the 33rd percentile, one-third of the way through the epidemic. This means, to this point, by 1990 we will see about 8,000 cases.

According to our projections, which are done on quite a different and a much more accurate statistical methodology than my speculation here, we will see by 1995 about 15,000 cases. If the epidemic does go down because of all the things we are trying to do and keep it out of risk factors, other risk groups, and we keep our messages going and we improve our program, then that might be the half-way point, and then we have the down curve. But the total might be 30,000 cases and we are only at 2,700 now. So we are by no means out of the woods, but we can get ourselves out of the woods.

• 1000

[Translation]

Je pense qu'il est tout à fait essentiel d'endiguer cette maladie, d'empêcher sa diffusion à d'autres groupes comme les usagers de drogues injectables, sans quoi... nous évaluons au Canada à plus de 50 000 le nombre d'usagers de drogues injectables et nous pensons que peut-être 10 p. 100 ou plus d'entre eux sont atteints. Très peu cependant, 25 je pense, sont atteints du sida. Je pense que nous devons endiguer la maladie avec des programmes d'éducation et autres, sans quoi, la courbe reprendra sa progression exponentielle.

Si nous faisons preuve de complaisance et ne maintenons pas nos efforts pour transmettre notre message et renforcer nos programmes d'éducation et mettre en place d'autres programmes, en somme faire tout ce que l'on peut, cette stabilisation peut se poursuivre et nous ne pourrions jamais atteindre des niveaux endémiques ou raisonnables. Nous aimerions avoir une courbe qui ressemble à celle-ci, la courbe épidémique idéale, si on peut qualifier un niveau épidémique d'idéal. J'imagine c'est la courbe qui est idéale et non pas le niveau épidémique. Nous aimerions que les cas de sida diminuent de cette façon et se maintiennent à ce niveau—nous ne pourrions jamais supprimer cette maladie, elle sera toujours présente dans notre société à un certain niveau.

Ce que je vais vous dire maintenant est de nature spéculative; nous n'avons pas encore gagné la partie. Nous n'avons pas encore vaincu la maladie. Si la courbe continue sa progression de cette façon, si nous pouvons maintenir l'efficacité de nos messages d'éducation, si la stabilisation des cas chez les hommes homosexuels s'avère fondée, il s'agit peut-être de la tendance à laquelle nous pouvons aspirer en réintensifiant nos programmes d'éducation. Si tel est le cas, nous atteindrons peut-être un niveau épidémique d'ici 30 ans. Telles sont mes prévisions, à vous de juger. Si la situation évolue dans ce sens, nous n'avons toujours pas atteint le 33^{ième} percentile, ce qui veut dire que nous n'avons toujours pas accompli un tiers du progrès pour atteindre le niveau épidémique. Donc, d'ici 1990 nous aurons environ 8 000 cas.

Selon nos projections, qui sont compilées selon une méthode statistique plus précise que les conjectures que j'ai avancées ici, nous aurons d'ici 1995 environ 15 000 cas. Si le niveau épidémique diminue en raison de toutes les mesures que nous prenons et si nous pouvons contrôler les facteurs de risque et les autres groupes à risque et que nous continuons à diffuser nos messages et à améliorer notre programme, nous pourrions alors atteindre le point de mi-parcours et faire régresser cette courbe. Cependant, le nombre s'élèvera à 30 000 et présentement nous n'en avons que 2 700. Nous ne sommes pas encore tirés d'affaire, mais nous avons les moyens pour le faire.

If we get an effective treatment... Right now we have a drug called AZT. It is the only thing that is any good, but

Si nous mettons au point un traitement efficace... Présentement nous avons un médicament appelé AZT. Il

[Texte]

is not an anti-viral drug. It does not kill the virus, it merely arrests the progress of the virus; it stops the virus replicating in the cells. When you withdraw the drug from the person, the virus continues to replicate and continues to deteriorate. Unfortunately, that drug, with its relatively good consequences, can only be tolerated in about 40% of people.

We are striving desperately to find a drug which will certainly kill the virus, and one which will be an improvement on AZT. If we do get a drug that kills the virus, then what we are likely to see, if it is universally and quickly applied, is an alteration of that curve, a shift to the left, if you will. I suppose then, in 1995—there is a pretty good estimate that we might get an anti-viral drug—if we apply that drug very widely, the numbers of cases will go down and we may well save something like 8,000 to 10,000 lives. If we can get that drug sooner, then we will shift the curve over further to the left and save even more lives.

A vaccine, which may come not until the end of the century, is probably not going to be effective in those people already infected. It is only going to stop people from getting infected. So it is a sort of two-pronged attack when we are looking at it from a therapeutic point of view.

That is the speculation, that is what we are trying to do. It has not happened, and I am not suggesting in any way that people should be complacent, that the thing is beaten. It is not the case at all. I have been accused of saying that, but it is not what I am saying. I hope I am getting that across.

Okay, very quickly now: for every case of AIDS, it is estimated there may be 30 to 50 people who are infected, and this is very empirical. If that is the case, then maybe we do have about 50,000 infected people in this country. Remember, half of those, as we understand it, are going to go on to get AIDS, so that measures up with the curves I have been speculating about. In the United States over a million people are infected, and around the world they are suggesting somewhere between five and ten million.

I know you want to talk about the federal AIDS program and other aspects. I am going to very quickly go through this with you. This is our federal policy framework, which the minister recently announced, and that is the start toward our national strategy, those five items that we have stated we will become engaged in. I will have some material for you later that will amplify that further: prevention, control, public awareness and education, reduction of impacts on individuals, support to community-based action, co-ordination, and

[Traduction]

s'agit du seul médicament qui ait une quelconque efficacité, mais il ne s'agit pas d'un médicament anti-viral. Il ne tue pas le virus, ne fait que bloquer la progression du virus; il empêche la reproduction du virus dans les cellules. Quand on arrête de prendre ce médicament, le virus continue à se reproduire et à faire des dommages. Ce médicament, malgré toute son efficacité, n'est toléré que par environ 40 p. 100 des patients.

Nous cherchons désespérément un médicament qui tuerait le virus et qui constituerait une amélioration par rapport à AZT. Si nous mettons au point un médicament qui tue le virus, médicament utilisé rapidement sur une grande échelle, nous aurons probablement une modification de cette courbe, un déplacement vers la gauche si vous voulez. Je suppose qu'il y a de très bonnes chances que nous ayons mis au point un tel médicament anti-viral d'ici 1995; alors, si nous utilisons ce médicament sur une grande échelle, le nombre de cas diminuera et nous serons peut-être même en mesure de sauver quelque 8 000 à 10 000 vies. Si ce médicament est mis au point plus rapidement, la courbe se déplacera alors davantage vers la gauche et nous pourrions sauver un plus grand nombre de vies.

Un vaccin, qui ne sera peut-être pas mis au point avant la fin du siècle, ne sera probablement d'aucune efficacité pour les patients déjà atteints. Un vaccin protégera les gens contre la transmission de la maladie. D'un point de vue thérapeutique, il s'agit d'une stratégie à deux volets.

Il s'agit là de conjectures, c'est ce que nous essayons d'accomplir. Rien de tout cela ne s'est encore produit et je ne veux en aucune façon laisser croire que les gens devraient faire preuve de complaisance et que nous avons vaincu la maladie. Tel n'est pas le cas. On m'a accusé de dire de telles choses, mais ce n'est pas ce que je dis, j'espère que je me fais bien comprendre.

Bon, très rapidement maintenant: Pour chaque cas signalé de sida, on pense qu'il y a entre 30 personnes et 50 personnes qui sont infectées, et cela est très empirique. Si tel est le cas, nous comptons donc environ 50 000 personnes infectées au Canada. Il faut se rappeler qu'environ la moitié de ces gens auront le sida, donc cela correspond aux courbes que j'ai mentionnées dans mes hypothèses. Aux États-Unis, plus d'un million de personnes sont infectées et à l'échelle mondiale on laisse entendre qu'il y a entre 5 millions et 10 millions de personnes infectées.

Je sais que vous voulez discuter du Programme fédéral sur le sida. Je vais maintenant procéder rapidement. Voici le cadre stratégique fédéral récemment annoncé par le ministre. Il s'agit du point de départ de notre stratégie nationale, c'est-à-dire les cinq points sur lesquels nous allons travailler. Un peu plus tard, je vous donnerai de la documentation qui explique tout cela plus en détail: Prévention, et contrôle, sensibilisation du public et éducation, réduction des conséquences pour les individus, soutien de l'action communautaire, coordination et

[Text]

collaboration. Those are the key policies that we have espoused, and the national strategy will fall out from them.

Our center was established in 1987, and we do these sorts of things. . . I am not going to go through this in great detail. Again, it is in the information that I have for you to read at your leisure. In effect, we co-ordinate governmental activities with collaboration with our partners in the provinces, the AIDS support groups, the community-based groups, the national non-governmental and national associations and so forth. We provide a great deal of laboratory services, which people tend to miss; we have been doing this since the beginning, providing the reference or the hard-to-do things, doing research, training other laboratories across the country, making sure that proficiency testing—that is, there is an even standard of testing across the country—is in place, testing of new diagnostic material when they become available commercially and so forth.

Our program, which you are aware of, and I think you have had previous information on this, so I am not going into details, is \$129 million announced in 1988, last year, and prior to that some \$39 million two years before over a 5- or a 7-year period.

I want quickly to talk to you about screening issues. It is very topical this week. As you are aware, Mr. Haydon made some remarks at the beginning of the week. I just want to reiterate that the government's position is that testing should only be done under conditions of informed consent with pre-imposed test counselling in place. This has been a difficult issue. It seems interesting that Mr. Haydon has received enormous support. The CBC and other radio and television stations have told me that many calls have come in supporting his statement. This troubles us greatly, because it does indicate there is still that lack of understanding of the true transmission patterns of this disease.

Everybody seems to want to test immigrants, and groups such as that. We believe that immigrants should not be tested, or anybody else, including groups such as that, on a mandatory or compulsory basis. The test is freely available. We recommend it for those people who engage in high-risk activities.

• 1005

There are a number of reasons. Take immigrants, for example. How good is the test? I showed you the false positives. If you do one test, you are going to create an enormous amount of mental trauma in people because testing of immigrants does not necessarily mean you go for confirmatory testing. When is it done? These things are usually done three or four months before they get on

[Translation]

collaboration. Notre stratégie nationale découlera de ces grandes politiques que nous avons adoptées.

Notre centre a été fondé en 1987. Ces différents éléments font partie de notre mandat. . . Je n'expliquerai pas tout en détail. Vous retrouverez cette information dans la documentation qui vous sera remise. En fait, nous coordonnons les activités gouvernementales en collaboration avec nos partenaires dans les provinces, les groupes de soutien pour le sida, les groupes communautaires, les associations nationales non gouvernementales, les associations nationales et ainsi de suite. Nous fournissons de nombreux services de laboratoire, chose que l'on a tendance à oublier; nous le faisons depuis le tout début, c'est-à-dire fournir des services de référence ou autres services difficiles d'accès, faire de la recherche, faire de la formation pour d'autres laboratoires partout au pays, nous assurer que les tests sont effectués de manière compétente—soit une même norme partout au pays—, évaluer le nouveau matériel de diagnostic mis sur le marché et ainsi de suite.

Comme vous le savez, je pense que vous avez déjà reçu de l'information à ce sujet, donc je n'entrerai pas dans les détails, notre programme dispose d'un budget de 129 millions de dollars annoncé en 1988. Auparavant, quelque 39 millions de dollars avaient été annoncés il y deux ans pour une période de cinq à sept ans.

Je veux rapidement aborder la question du dépistage. Ce sujet est d'actualité cette semaine. Comme vous le savez, M. Haydon a formulé certains commentaires au début de la semaine. Je tiens simplement à répéter que la position du gouvernement est la suivante: des tests devraient être effectués uniquement avec le consentement éclairé du patient et avec les services obligatoires de counselling en place. Il s'agit d'une question délicate. Il est intéressant de noter que M. Haydon a reçu beaucoup d'appui. CBC et d'autres postes de radio et de télévision m'ont indiqué qu'ils ont reçu de nombreux appels en faveur de cette déclaration. Cela nous inquiète grandement parce que cette situation indique le manque de compréhension des véritables modes de transmission de cette maladie.

Tout le monde semble en faveur de tests pour les immigrants et de groupes semblables. Nous pensons que les immigrants ne devraient pas faire l'objet de tests, ou des groupes assimilés, de façon obligatoire. Les tests sont offerts de façon libre et volontaire. Nous les recommandons pour les personnes qui s'adonnent à des activités à risque élevé.

Plusieurs raisons justifient une telle position. Prenons les immigrants, par exemple. Quelle est la validité du test? Je vous ai montré les faux résultats positifs. En imposant un test, nous allons créer un stress mental très élevé chez les gens parce qu'en imposant un test pour les immigrants, je ne pense pas qu'on se rende nécessairement à l'étape du test de confirmation. Quand

[Texte]

the boat or the ship. They should be done the day they leave. Even that is not very adequate because one can be tested today and might have got infected two months ago, and your test would not be positive yet. Or you may get infected next week.

So the test really tells you very little. It only tells you, at best, that somebody has been exposed to the virus. So we do not believe it. Let me just express that immigrant thing a bit more. There are about 160,000 legal immigrants come to Canada each year, but we have 86 million border crossings. Testing of immigrants is a bit unequal, if you will, for want of a better word, when you consider the number of people who travel to and from the United States, which actually, according to reported figures, is the highest area of endemism or epidemism in the world. So we do not have a vaccine, we do not have a treatment, we only have education.

Those, ladies and gentlemen, are all the slides I have to show you. I hope this has been interesting to you. There is some fairly new information here, and Dr. Liston and myself will be delighted to discuss and answer any questions that you have.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Clayton. Is that information available in print form at this time?

Dr. Clayton: Sort of. Certainly the statistics are, and I have them here. The talk that I gave at the AIDS conference, which was much, much longer than that, is in print form, but I do not have anything such as I have just written down put together. I have lots of the handouts from which you can—

The Chairman: I thought some of the statistics and information there would be useful to members of this committee.

Dr. Clayton: Maybe I could hand them out, Mr. Chairman.

The Chairman: As we start here, we will have a 10-minute round, as we usually do, from each of the parties.

Mr. Fontana (London East): I am just trying to digest all this information. It is good that we will probably get some package.

Mr. Robinson (Burnaby—Kingsway): Just on the point the Chair made, I wonder if Dr. Clayton might be able to forward to this committee copies of the slide material that he showed this morning. There was some useful information there, and if it could be put in reproducible

[Traduction]

doit-on faire le test? Ces tests sont habituellement effectués trois ou quatre mois avant que les immigrants ne s'embarquent sur un navire. Les tests devraient être effectués le jour du départ. Une telle façon de procéder n'est pas très acceptable, car une personne peut subir un test aujourd'hui et avoir contracté la maladie il y a deux mois, et le résultat du test ne serait pas positif à ce stade-ci. Ou vous pouvez contracter la maladie la semaine prochaine.

Donc, le test ne fournit que très peu d'information pertinente. Dans le meilleur des cas, le test indique qu'une personne a été exposée au virus. Donc, nous n'y ajoutons pas foi. Permettez-moi d'élaborer davantage sur la question des immigrants. Environ 160 000 immigrants légaux arrivent au Canada chaque année, mais il y a 86 millions de passages à nos frontières. Les tests pour les immigrants constituent une procédure quelque peu inégale, à défaut d'un meilleur mot, si on tient compte du nombre de gens qui se rendent aux États-Unis ou en viennent, ce qui représente en fait selon les statistiques la région où l'on retrouve le plus haut taux d'endémie ou d'épidémie au monde. Nous ne disposons pas d'un vaccin ni d'un traitement, nous n'avons que les programmes d'éducation.

Voilà, mesdames et messieurs, qui met fin à ma présentation de diapositives. J'espère que cela vous a intéressés. Je vous ai présenté de l'information très récente. Le docteur Liston et moi-même nous feront un plaisir de répondre à vos questions.

Le président: Je vous remercie beaucoup, docteur Clayton. Est-ce que vous avez cette information sous forme imprimée?

Dr. Clayton: En quelque sorte. Oui, en ce qui concerne les statistiques et j'en ai les exemplaires avec moi. J'ai sous forme imprimée l'allocution que j'ai présentée à la conférence sur le sida, mais cette allocution était beaucoup plus longue, mais je n'ai pas de transcription pour exposer ce que je viens de donner. J'ai un bon nombre de documents que je peux vous remettre et qui vous...

Le président: J'ai l'impression que les statistiques et l'information présentées pourraient être utiles aux membres du Comité.

Dr. Clayton: Je pourrais peut-être distribuer ces documents dès maintenant, monsieur le président.

Le président: Pour débiter, nous aurons une ronde de questions de 10 minutes, comme à l'habitude, pour chaque parti.

M. Fontana (London-Est): J'essaie simplement d'assimiler toute cette information. Il sera utile qu'on nous remette une pochette d'information.

M. Robinson: (Burnaby-Kingsway): Suite au commentaire fait par le président, je me demande si le docteur Clayton pourra faire parvenir aux membres du Comité des copies de l'information présentée dans les diapositives qu'il nous a montrées ce matin. Ces

[Text]

form, as I believe it can be, and forwarded to the committee, that would be certainly very helpful.

The Chairman: We have suggested that, and as soon as the information is available we will make sure everybody in the committee, or others who may be interested, get it.

Mr. Fontana: I want to get to the heart of the issue, because I think, Dr. Clayton, you have laid out the statistics. One can look at them very optimistically or one can look at them very pessimistically. In order to accomplish what you say has to be accomplished—whether or not we reach 30,000 cases or 50,000 cases by the year 2000 or 1995—the key is the continued process of educating the general public on what needs to be done, what to do and what not to do, looking at organizations and how they are helping to disseminate information, etc.

• 1010

I must tell you that I think the federal program, as I saw it listed there, tends to be a little passive as opposed to being more pro-active, especially when the key words seem to be “to co-ordinate and to disseminate information to assist other groups in doing things” as opposed to initiating, or at least if you did, maybe you went through those slides very quickly so I did not see those things.

It seemed to me in listening that you seem to know how the problem has to be solved in the short and long term, especially to eradicate the disease, or come close to it. Do you see anywhere where your program, through funding from government, could accomplish this a lot better than what you have put on the screen for us?

Dr. Clayton: That is a very complex question. At the beginning we tried to educate in a more subtle way. We provided money to other groups. We have certainly provided a significant amount to community-based groups. It is not enough, and everybody accepts that. A lot of education has been done by the community groups and these service organizations with federal assistance in terms of funding. Now that does not have federal prominence. I think the type of education that has come out from those groups has been very successful, and I tried to demonstrate that earlier.

But really, it is much wider than that. What we are trying to do is change behaviour. It is relatively easy to raise awareness, but changing behaviour is something else. We are talking about changing sexual behaviour. Adults who already have established their sexual behaviour pattern are not amenable to change—whatever they are, whatever they do—as a general rule.

[Translation]

informations sont très utiles et si nous pouvions en avoir des copies-papier, comme je pense que cela puisse se faire, et les faire parvenir aux membres du Comité, ces informations nous seront sans aucun doute très utiles.

Le président: Nous avons fait cette suggestion et dès que l'information sera disponible nous allons nous assurer que chaque membre du Comité ou toute autre personne intéressée en reçoive un exemplaire.

M. Fontana: J'aimerais en venir à l'élément central de la question, car je pense que le docteur Clayton nous a donné toutes les statistiques sur le sujet. On peut envisager ces statistiques d'un point de vue très optimiste ou encore d'un point de vue très pessimiste. Que nous atteignons le nombre de 30 000 ou 50 000 cas d'ici l'an 2000 ou 1995, pour accomplir tout ce que vous venez de décrire, nous devons continuer à éduquer le grand public sur ce qu'il faut faire et ne pas faire, étudier les organismes et la façon dont ils contribuent à diffuser l'information, etc.

Je pense que le programme fédéral, tel que décrit ici, est surtout passif par opposition à un plus grand dynamisme, plus particulièrement quand les mots clés semblent être «coordonner et diffuser l'information pour aider d'autres groupes à effectuer certaines tâches» par opposition à la prise d'initiatives ou, à tout le moins, si vous prenez des initiatives, je n'ai pu le déterminer dans votre présentation très rapide des diapositives.

Dans votre exposé, vous m'avez donné l'impression que vous savez comment régler le problème à court et à long terme, spécialement pour éliminer la maladie, ou presque y parvenir. Avec un meilleur financement du gouvernement, pensez-vous que votre programme pourrait mieux accomplir les objectifs que vous venez de nous décrire?

M. Clayton: Il s'agit d'une question très complexe. Au début, nous avons essayé d'éduquer les gens de façon beaucoup plus subtile. Nous avons donné les subventions à d'autres groupes. Nous avons sans aucun doute versé un montant considérable à des groupes communautaires. Cela n'est pas suffisant et tout le monde est d'accord là-dessus. Les groupes communautaires et les organismes de service qui reçoivent l'aide financière du gouvernement fédéral ont déployé beaucoup d'efforts en matière d'éducation. Ces activités ne reçoivent pas une grande visibilité pour le gouvernement fédéral. Je pense que le genre de programmes d'éducation élaborés par ces groupes a connu beaucoup de succès; j'ai essayé de décrire cette situation un peu plus tôt.

Mais en fait, il s'agit d'une entreprise d'une plus grande envergure. Nous essayons de changer les comportements. Il est assez facile de sensibiliser les gens, mais il en va tout autrement pour le changement de comportements. Parlons aussi du changement des comportements sexuels. De façon générale, les adultes dont le comportement sexuel est déjà arrêté ne sont pas

[Texte]

I think we are going to be more successful if we can get to children before they become sexually active. Let us get an understanding of what children know, what they do, what they feel, what they think, and where they think they can get the best advice, and put as much educational activity as we can towards them, at the same time maintaining all the things we must do towards applying education to the adults—those who are undertaking high-risk activities, whether it be anal sex, whether it be injection drug users—to try to contain the infection to where it is and stop it from spreading.

We have to find out first of all what the attitudes are: what do people think, do, know, and want. Those are some of the things we are doing now. We have recently completed with Queen's University a youth and AIDS study, which you may be familiar with, where we asked 38,000 children what their knowledge was about sexual activities, their attitudes, what their knowledge was about AIDS and other STDs. We got some incredibly interesting information out of that. That tells us where to focus and what to focus upon. We are now shortly completing a study on adults through York University to see what their attitudes are.

These are the principles of epidemiology. I used to be an epidemiologist before I had to grow up and be an administrator. You have to find out what the situation is in a given circumstance, and then you can start to do your interventions. That is what we are trying to do, and it is not an easy job.

Mr. Fontana: I agree that you have to look at attitudes before deciding what kind of information you have to disseminate, be it to young people, obviously, and to adults.

Obviously you are working with a number of bodies and organizations that are very interested in assisting, in helping out. Forty organizations, I understand, have at least applied or at least let you know that they are there to assist. Could I understand what communication networking has been set up between your centre and these organizations so the organizations know what the centre has to offer, what in fact they are doing, how they can assist, how they can get funding? There seems to be a lack of communication between the voluntary network that is out there trying to help you and the federal government and everyone else do their job. There seems to be a real lack of communication as to exactly who is doing what and when and how and where.

[Traduction]

ouverts au changement, quel que soit leur orientation ou type d'activité sexuelle.

Je pense que nous connaissons davantage de succès si nous pouvons rejoindre les enfants avant qu'ils ne débutent leur vie sexuelle. Essayons de déterminer quelles sont les connaissances des enfants, ce qu'ils font, ce qu'ils ressentent, ce qu'il pensent et où selon eux ils peuvent obtenir des meilleurs conseils, et essayons d'élaborer autant d'activités éducatives que possible pour eux. Nous devrions en même temps maintenir tous les programmes d'éducation s'adressant aux adultes—les personnes qui s'adonnent à des activités à risque élevé, comme des relations sexuelles anales, ou des usagers de drogues injectables—essayer d'endiguer la maladie où elle se trouve et prévenir sa propagation.

Nous devons d'abord déterminer quelles sont les attitudes: ce que les gens pensent, font, savent et veulent. Nous travaillons présentement à certaines de ces tâches. Nous avons récemment terminé une étude en collaboration avec l'Université Queen's sur les jeunes et le sida, dont vous avez peut-être entendu parler. Dans cette étude, on a demandé à 38 000 enfants ce qu'ils connaissaient des activités sexuelles, quelles étaient leurs attitudes et leurs connaissances du sida et des autres MTS. Nous avons pu recueillir des données vraiment très intéressantes. Cette étude nous a permis de déterminer nos champs d'action et les domaines d'intervention. Nous sommes présentement en train de terminer en collaboration avec l'Université York une étude sur les adultes afin de déterminer leurs attitudes.

Il s'agit là des grands principes de l'épidémiologie. J'étais épidémiologiste avant de poursuivre ma carrière et de devenir administrateur. Vous devez d'abord déterminer quelle est la situation dans un contexte donné, puis vous pouvez mettre en branle vos interventions. Voilà ce que nous essayons de faire; ce n'est pas une tâche facile.

M. Fontana: Je suis d'accord avec vous, vous devez d'abord déterminer quelles sont les attitudes avant de décider quel genre d'information diffuser, que ce soit à l'intention des jeunes ou des adultes.

De toute évidence, vous travaillez avec un bon nombre d'organismes qui sont intéressés à collaborer et à fournir leur aide. Si je ne m'abuse, 40 organismes ont présenté une demande ou du moins vous ont offert leur aide. Pourriez-vous m'expliquer quel réseau de communication a été établi entre votre centre et ces organismes pour les mettre au courant de ce que le centre peut leur offrir, de ce qu'il fait, de la façon dont il peut aider, de la façon d'obtenir des fonds? Il semble manquer de communication entre le réseau bénévole qui tente de vous aider, vous, le gouvernement fédéral et tous les autres à faire votre travail. Il semble y avoir un réel manque de communication quant à savoir exactement qui fait quoi, quand, comment et où.

[Text]

[Translation]

• 1015

Dr. Clayton: There is a lot of communication; the trouble is that not everybody seems to like the communication we have created. Let me expand upon that a bit more. The Canadian AIDS Society represents the community-based groups or the AIDS service organizations. That is sort of a new name; let us call them ASOs for simplicity. They represent the ASOs across this country and they are the ones we have been funding with the provinces, with one provincial exception, to do the programs. We communicate with them through the Canadian society and directly. I have visited not all 39 but maybe one-third of them over the years. One of my staff is now in the process of trying to visit as many as possible, and she is up to about 20, I think, telling them what we are doing, how our program operates, and trying to reconcile the fact that there is not enough money to meet the expectations of the communities—of the research scientists, the drug evaluators, and so forth—but we have to balance the moneys we have as best possible.

Mr. Fontana: That is the point. You have 40 organizations. It is a pooling of funds, a pooling of ideas, a pooling of spirits, a pooling of a number of things.

It would seem to me that if everyone is working on different little projects here and there without co-ordination, without knowing what everybody else is doing, especially the centre who is trying to co-ordinate this as an umbrella agency, there may be some inefficiencies in that. Perhaps, for instance, one group was producing its own video, only to find out that in fact the centre had a video that they had produced.

So I am saying that there seems to be an awful lot of duplication of effort on the part of everybody trying to solve the problem, and the co-ordination and communication may not be as good as you think it is. Sometimes we perceive it to be very good and we think we are doing a lot but in fact the information that actually gets through is not quite enough.

Dr. Clayton: That is a good point. I take it. We have a mechanism of review of what is going on through the AIDS Community Action Program, and that is the contribution plan from the Health Services and Promotion Branch. Each project is reviewed, monitored, and evaluated so we know what is going on in terms of the moneys we have expended. There probably is a certain amount of duplication. We certainly are getting provincial duplication, which is why we are trying sometimes not to duplicate federally what is being done provincially.

It is very important that we maintain and strengthen our ties with the ASOs. That is what we are trying to do. That is why we are having someone going out to talk to them, to get as much interface as we can, and dialogue

M. Clayton: Il y a beaucoup de communication; le problème c'est que ce n'est pas tout le monde qui semble aimer les communications que nous avons établies. Laissez-moi développer un peu ce point. La Société canadienne du sida représente les mouvements communautaires ou les organismes de service pour le sida. C'est là en quelque sorte un nouveau nom; appelons-les les OSS. Ils représentent les OSS de tout le pays et ce sont eux que nous finançons avec les provinces, à l'exception d'une seule, pour appliquer les programmes. Nous communiquons avec eux par l'entremise de la Société canadienne et directement. Je n'ai pas visité les 39 organismes, mais j'en ai peut-être visité un tiers en tout. Une de mes employés travaille actuellement à en visiter le plus grand nombre possible; je crois qu'elle est rendue à 20 environ; elle leur explique ce que nous faisons, comment fonctionne notre programme et elle essaie de faire face au fait qu'il n'y a pas assez d'argent pour répondre aux attentes de tout le monde—des chercheurs, de ceux qui évaluent les médicaments, et ainsi de suite—mais il nous faut utiliser les fonds dont nous disposons de la meilleure façon possible.

M. Fontana: C'est précisément de cela qu'il s'agit. Vous avez 40 organismes. C'est une mise en commun des fonds, des idées, des enthousiasmes, de beaucoup de choses.

Il me semble que si chacun travaille à son petit projet, sans coordination, sans savoir ce que font les autres, particulièrement le centre qui tente de coordonner tout cela à titre d'organisme-cadre, il pourrait y avoir un certain manque d'efficacité. Par exemple, peut-être un groupe a-t-il produit son propre vidéo pour s'apercevoir ensuite que le centre en avait lui-même produit un.

Il semble y avoir beaucoup de double emploi chez tous ceux qui tentent de résoudre le problème et la coordination et la communication ne sont peut-être pas aussi bonnes que vous le pensez. Il arrive que nous ayons l'impression que les communications soient très bonnes et que nous estimions faire beaucoup alors qu'en fait l'information qui passe n'est pas suffisante.

M. Clayton: C'est un bon point. Je le reconnais. Nous disposons d'un mécanisme d'examen par le moyen du Programme d'action communautaire sur le sida, et c'est le plan de contribution de la Direction générale des services et de la promotion de la santé. Chaque projet est examiné, contrôlé et évalué de sorte que nous sommes au courant de l'utilisation des sommes que nous avons dépensées. Il y a probablement un certain double emploi. Il y a en tout cas double emploi avec les provinces, ce qui explique pourquoi nous essayons parfois de ne pas reproduire au palier fédéral ce qui se fait au palier provincial.

Il est très important de maintenir et de renforcer nos liens avec les OSS. C'est ce que nous tentons de faire. C'est pourquoi nous envoyons quelqu'un leur parler, pour maximiser le contact et le dialogue entre eux. Vous

[Texte]

between them. You are absolutely right: nothing is ever perfect. We have to do it the best possible way we can, and that is what we are striving to do.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): I too would like to thank Dr. Clayton for coming here and presenting essentially what I had heard in Montreal, but useful information nonetheless.

I would like to concentrate some questions on two issues, really: the problem of the lack of strategy, which Mr. Beatty identified not long ago, and also problems of relationships with AIDS support groups. How do you see the role of the federal centre in developing a strategy for addressing AIDS? What role do you foresee the centre having?

Dr. Clayton: A very significant one, I think. We have now started to develop a strategy. Mr. Beatty, as you know, has stated that there will be a strategy by the end of the year—the fiscal year, I hope. Well, the fiscal or calendar year—as soon as we can.

Mr. Robinson: I do not want to interrupt, Dr. Clayton, but did he say the end of the fiscal year?

Dr. Clayton: No, he just said the end of the year. I was giving myself a bit of a cushion in case we did not quite have it ready by the end of December.

• 1020

The point here is that we are developing this strategy and we have consultants. The essence of the strategy, and this is why I was a little vague about when it is going to be ready, is going to be consultation. We must consult with provinces, AIDS support groups, the Canadian AIDS Society, a number of national organizations and non-governmental organizations.

It is going to take time to do so because a national strategy will not be truly national unless we have the consultation input of the people who are non-federal. It is relatively easy to do a federal strategy. We already probably have that. A national strategy requires a lot of consultation and that, Mr. Axworthy, is going to take the time and that is what we have now started to do. The minister has given us the go-ahead to do this, which is wonderful, and we are going ahead very rapidly.

Mr. Axworthy: I guess that does beg a fairly serious question as to why this consultation has not taken place to date and why that would not have been one of the first issues of business for the centre. I notice in the report for 1988 there really is not any mention of any resources, for instance, committed to the development of a strategy. I wonder how much of the centre's resources in fact have been allocated to the development of the strategy.

Dr. Clayton: The strategy has not been written down. We have well identified through our various documents what it is that we are doing, what it is we are trying to do.

[Traduction]

avez tout à fait raison: rien n'est jamais parfait. Il faut faire de notre mieux, et c'est ce que nous tentons.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): J'aimerais moi aussi remercier le docteur Clayton de sa présence; il a présenté essentiellement ce que j'avais entendu à Montréal, mais c'est là néanmoins une information utile.

Mes questions portent essentiellement sur deux domaines: le problème du manque de stratégie, que M. Beatty a reconnu il y a peu de temps, de même que les problèmes des rapports avec les groupes de soutien pour le sida. Comment voyez-vous le rôle du centre fédéral dans l'élaboration d'une stratégie sur le sida? Quel rôle entrevoyez-vous pour le centre?

M. Clayton: Un rôle très important, je crois. Nous avons commencé à élaborer une stratégie. Comme vous le savez, M. Beatty a déclaré qu'il y aura une stratégie d'ici la fin de l'année—j'espère qu'il s'agit de l'année financière. En tout cas, que ce soit l'année financière ou l'année civile, le plus tôt possible.

M. Robinson: Je ne voudrais pas vous interrompre, docteur Clayton, mais est-ce qu'il a dit la fin de l'année financière?

M. Clayton: Non, il a simplement dit la fin de l'année. Je me laissais une marge de manoeuvre au cas où nous ne serions pas tout à fait prêts à la fin de décembre.

Nous élaborons cette stratégie et nous utilisons des experts-conseils. Cette stratégie reposera essentiellement sur la consultation et c'est pourquoi il m'était assez difficile de donner une date. Il nous faut consulter les provinces, les groupes de soutien au sida, la Société canadienne du sida, un certain nombre d'organismes nationaux et d'organismes non gouvernementaux.

Il faudra du temps pour le faire parce qu'une stratégie nationale ne sera pas vraiment nationale si les consultations ne s'étendent pas en dehors de la sphère fédérale. Il est assez facile d'établir une stratégie fédérale. Nous en avons probablement déjà une. Une stratégie nationale exige beaucoup de consultations et c'est cela, monsieur Axworthy, qui prendra du temps et c'est cela que nous avons entrepris. Le ministre nous a donné le feu vert, ce qui est merveilleux, et nous bougeons très rapidement.

M. Axworthy: Cela répond à une question assez grave quant à savoir pourquoi cette consultation n'a pas encore eu lieu et pourquoi elle n'a pas été une des premières activités du centre. Je constate que dans le rapport pour 1988 on ne mentionne pas vraiment les ressources, par exemple, engagées pour l'élaboration d'une stratégie. Je me demande quelle proportion des ressources du centre a été effectivement affectée à l'élaboration de la stratégie.

Dr. Clayton: La stratégie n'a pas encore été consignée par écrit. Nous avons bien indiqué dans nos divers documents ce que nous faisons, ce que nous tentons de

[Text]

It has to be presented as a document quite clearly, but it has to have the consultation of our partners, and that is what we are doing. This has started as of this year, as of the time that Mr. Beatty has said that we must have a national strategy.

Now, the Federal-Provincial Advisory Committee on AIDS, which Dr. Liston chairs, has been a forum for consultation and co-ordination of activities. Dr. Liston may or may not want to add to that.

Dr. Liston: Perhaps it would be helpful if I mentioned that we have been trying over the course of the last 16 or more months to bring forward an inventory of all of the activities that are undertaken by the provinces, by the various groups, including the federal's contribution to that, so that we would have an inventory of all activities. We would then proceed from there towards the development of what might be called a consensus national strategy.

This has proved to be a difficult task. As we last discussed it with deputy ministers of health, less than two or three weeks ago, it was understood that once the AIDS conference was over we would start during the month of July and August with very intensive consultations with the provinces for the purpose of trying to get the reinforcement of our programs, to avoid duplications, try to gain the efficiencies that we need to have in a program of this sort. I am looking forward to having those consultations finished by mid August.

Mr. Axworthy: Dr. Clayton, there is a great deal of concern amongst those active in AIDS support groups and in the field about the lack of a national strategy, and I just wondered how you might respond to Dr. Gilmour's resignation and his comments that really there was a lot of—I do not remember it exactly. He used a lot of rather uncomplimentary descriptions. He talked of chaos and foot-dragging departmental red-tape, a general lack of action at the federal level for dealing with AIDS. How do you react to those criticisms?

Dr. Clayton: Dr. Gilmour, during his five years as Chairman of the National Advisory Committee provided an absolutely essential invaluable service to the department. Under the chairmanship of his committee, it was active in producing a number of information, helping us with policy determinations, developing what strategies were, etc. He is obviously entitled to say whatever he wishes, but he was very much part of the successful activities that did take place. Dr. Gilmour decided that he wished to resign and how he chose to announce his resignation is his concern. He remains a good friend and he will be extremely valuable and useful and productive in AIDS control in Canada.

Mr. Axworthy: Do you agree with his criticisms?

Dr. Clayton: No, of course not, sir.

Mr. Axworthy: How would you describe your relationship and that of the centre with AIDS support groups and others active in the field?

[Translation]

faire. Il est vrai que la stratégie doit être présentée sous forme de document, mais il faut d'abord consulter nos partenaires, et c'est ce que nous faisons. Nous avons commencé cette année, au moment où M. Beatty a déclaré qu'il nous faut une stratégie nationale.

Le Comité consultatif fédéral-provincial sur le sida, présidé par le docteur Liston, a été un point de rencontre pour les activités de consultation et de coordination. Le docteur Liston aura peut-être quelque chose à ajouter.

Dr Liston: Peut-être serait-il utile de mentionner que nous tentons depuis au moins 16 mois de dresser l'inventaire de toutes les activités entreprises par les provinces, par les divers groupes—y compris la contribution fédérale—de sorte que nous disposions d'un inventaire de toutes les activités. Nous pourrions alors travailler à élaborer ce que l'on pourrait appeler une stratégie nationale consensuelle.

Cette tâche s'est avérée très difficile. La dernière fois que nous en avons parlé avec les sous-ministres de la Santé, il y a moins de deux ou trois semaines, il a été entendu qu'une fois la conférence sur le sida terminée, nous pourrions entreprendre en juillet et en août des consultations très intensives auprès des provinces dans le but de renforcer nos programmes, d'éviter le double emploi et d'accroître l'efficacité nécessaire à un programme de ce genre. J'espère que ces consultations seront terminées pour la mi-août.

M. Axworthy: Docteur Clayton, ceux qui travaillent dans les groupes de soutien pour le sida et sur le terrain s'inquiètent beaucoup de l'absence de stratégie nationale et je me demande quelle serait votre réaction à la démission du docteur Gilmour et à ses remarques. Il a dit qu'il y avait beaucoup de—je ne me souviens pas exactement. Il a utilisé beaucoup de descriptions assez peu flatteuses. Il a parlé de chaos, d'inertie, de chinoïseries bureaucratiques et d'une absence générale de mesures concrètes au palier fédéral à l'égard du sida. Quelle est votre réaction à ces critiques?

Dr Clayton: Pendant ses cinq années comme président du Comité consultatif national, le docteur Gilmour a assuré un service précieux, absolument essentiel, au ministère. Sous sa présidence, le Comité a produit beaucoup d'informations, nous a aidés à établir nos politiques, à élaborer quelles étaient les stratégies, etc. Il a manifestement le droit de dire ce qu'il lui plaît, mais il a été au coeur de la réussite des activités. Le docteur Gilmour a décidé de démissionner et la façon dont il a choisi d'annoncer sa démission ne regarde que lui. Il demeure un bon ami et il sera extrêmement précieux et utile et productif pour la lutte contre le sida au Canada.

M. Axworthy: Êtes-vous d'accord avec ses critiques?

Dr Clayton: Non, bien sûr que non, monsieur.

M. Axworthy: Comment voyez-vous vos rapports et ceux du centre avec les groupes de soutien pour le sida et les autres groupes qui travaillent dans ce domaine?

[Texte]

Dr. Clayton: Sometimes cordial, sometimes less cordial—mostly cordial. As you are well aware, there have been criticisms, both levelled at the centre and at myself. Much of those have been referenced to the fact that there is insufficient money to meet the expectations. We certainly meet and have very cordial and frank and friendly discussions. I just hope we can continue to do that and make sure that we work closer and closer together.

• 1025

Mr. Axworthy: Could you give us an indication—I probably could have found it somewhere—of the breakdown of the moneys you have spent out of the \$129 million and so on?

Dr. Clayton: Remember that until this year we have spent that only over the first year. In first half of the fiscal year it was some \$40 million. In this fiscal year, approximately \$37 million will be spent, and that goes towards research, funding community-based groups, health and social services, our contribution programs, educational programs, the contract with the CPHA, and a lot for our epidemiological surveys, facilitating the release of drugs, and maintaining the surveillance system and our laboratory services, which are quite expensive.

Mr. Axworthy: Is it your view that the centre has a fairly clear idea of what the strategy should be and that all that is left is to consult with others in the field, or are you still trying to develop the contents of the strategy in spite of the fact that we have had many studies, including the Royal Society study, which gives some clear and I think useful guidelines for what the strategy should look like?

Dr. Clayton: I think we know what the strategy should like, but the content of it clearly will depend on what we get from our consultations.

Mr. Axworthy: I guess the concern is that there will be a delay in the content. We have seen lots of general statements, but not any content for the strategy.

My last question has to do not with that, but with Canada's role in the world's ongoing research dealing with AIDS and the need for co-ordination and so on. What role is your agency playing in that, and will it be possible to differentiate a distinct section or sections for Canadian researchers?

Dr. Clayton: Until now, the research moneys allocated for Canadian research have been mostly adequate, and I say that for the following reason. AIDS is a new subject and immunology itself is a new subject. Of the few immunological researchers in this country, some are prepared to switch their direction towards AIDS, but others have wanted to stay with immunology because it is new and exciting. The end result is that every piece of well-described, peer-reviewed research application

[Traduction]

Dr Clayton: Les relations sont parfois cordiales, parfois moins, mais surtout cordiales. Comme vous le savez, il y a eu des critiques tant à l'égard du centre qu'à mon endroit. La plupart tiennent au fait qu'il n'y a pas assez d'argent pour répondre à toutes les attentes. Nous nous rencontrons et nos discussions sont cordiales, franches et amicales. J'espère que nous pourrions continuer de le faire et de nous rapprocher constamment.

M. Axworthy: Pourriez-vous nous donner une idée—j'aurais probablement pu trouver cela quelque part—de la ventilation des sommes que vous avez dépensées sur les 129 millions et ainsi de suite?

Dr Clayton: Jusqu'à cette année, nous avons dépensé cela seulement sur la première année. Au cours de la première moitié de l'exercice financier, les dépenses s'élevaient à quelque 40 millions de dollars. Pour l'année financière en cours, environ 37 millions seront dépensés, pour la recherche, le financement des groupes communautaires, les services de santé et les services sociaux, nos programmes de contribution, nos programmes d'éducation, le contrat avec l'ACSP et beaucoup pour nos enquêtes épidémiologiques, pour faciliter la diffusion des médicaments et pour le maintien du système de surveillance et de nos services de laboratoire, qui sont très coûteux.

M. Axworthy: Selon vous, le centre a-t-il une idée assez précise de ce que devrait être la stratégie et de toutes les consultations qu'il reste à faire, ou tentez-vous toujours d'élaborer le contenu de la stratégie en dépit du fait que de nombreuses études, y compris celle de la Société royale, présentent des directives claires et que je crois utiles quant à l'orientation de cette stratégie?

Dr Clayton: Je crois que nous savons à quoi devrait ressembler la stratégie, mais son contenu dépendra nettement du résultat des consultations.

M. Axworthy: Ce qui m'inquiète ici, c'est qu'il y aura un retard au niveau du contenu. Nous avons vu beaucoup d'énoncés de principe, mais aucun contenu pour la stratégie.

Ma dernière question ne porte pas sur cela, mais sur le rôle du Canada dans la recherche mondiale sur le sida et sur la nécessité de coordination et ainsi de suite. Quel est le rôle de votre organisme à cet égard et sera-t-il possible de dégager une ou plusieurs sections distinctes pour les chercheurs canadiens?

Dr Clayton: Jusqu'à maintenant, les fonds attribués au Canada pour la recherche ont été pour la plupart suffisants. Le sida est une nouvelle matière, et l'immunologie est elle-même une nouvelle matière. Parmi les rares chercheurs dans ce domaine au pays, certains sont prêts à changer d'orientation et à s'intéresser au sida, mais d'autres désirent rester en immunologie parce que c'est un domaine nouveau et enthousiasmant. En conséquence, chaque demande de recherche bien

[Text]

submitted to NHRDP has been funded. So at the moment there is not a lack of research moneys.

I realize that is not quite what you are saying; I think you are connecting it to the international scene. But with that in mind, I think we have contributed very greatly to the international scene. For example, ours is the first country to have released the new PCR test, which is a test to determine the presence of a virus directly, and that is through some of the collaborative research that was done in the United States. We played a part in the vaccine that is presently under trial. We developed the animal model to show that this particular vaccine could produce antibodies in an animal; in a monkey, specifically. That again was a very important piece of collaborative international research.

Mme Gabrielle Bertrand (députée de Brome—Missisquoi): Docteur Clayton, vous avez dit de l'une de vos diapositives que c'est la base de la stratégie nationale; il y avait cinq ou six titres que vous connaissez probablement par coeur. Pouvez-vous me donner un chiffre en dollars correspondant à chacun de ces titres? Combien d'argent serait dépensé pour l'éducation et la formation, la recherche et ainsi de suite? Mais d'abord, pouvez-vous nous répéter les titres de cette diapositive?

Dr Clayton: Je vais essayer. Je pense qu'il ne m'est pas possible de les répéter dans le même ordre. Dans les pochettes, il y a une brochure qui explique les politiques.

It is difficult. At this stage we have not reconciled our budget in accordance with those policies, because policies are something rather vague. I liken policies and strategies to a football game. You decide you are going to play the game; that is your policy. You can decide not to play. The strategy is how you are going to play the game, what you are going to do in order to win that game. Those are strategies, and we tend to put our budget toward strategies rather than the overall policy.

• 1030

The five of them, which were co-ordination, collaboration, public information, support to community groups, bio-medical activity, and one more, which escapes me, will be broken into specific strategies. I can tell you, for example, we are going to spend \$6 million on research this coming year. Our contribution program to the community-based groups will be \$4.7 million. Our contributions to the national organizations, which include the Canadian Hemophilia Society and the Canadian AIDS Society, will be \$1 million or so, depending on how their applications are reviewed. Information and education are nearly \$4 million.

So we have the budget allocated for this year but not reconciled against the five policy statements, because they are just a direction.

[Translation]

présentée et soumise à l'examen des pairs, présentée au PNRDS, a été accueillie. À l'heure actuelle, nous ne manquons pas d'argent pour la recherche.

Je comprends que ce n'est pas tout à fait cela que vous voulez dire; vous faites le lien avec la scène internationale. Mais cela étant, je crois que nous avons fait un apport très considérable à la scène internationale. Par exemple, nous sommes le premier pays à autoriser le nouveau test PCR, test qui détermine directement la présence du virus, par suite de recherches effectuées en collaboration avec les États-Unis. Nous avons joué un rôle à l'égard du vaccin actuellement à l'essai. Nous avons élaboré le modèle animal pour montrer que ce vaccin pouvait produire des anticorps chez un animal, plus précisément chez un singe. C'était là une recherche internationale collaborative très importante.

Ms. Gabrielle Bertrand (Brome—Missisquoi): Dr. Clayton, you have said about one of your slides that it is the basis of the national strategy; there were five or six titles which you probably know from memory. Could you give me a dollar figure corresponding to each of these titles? How much money would be spent for education and training, for research and so on? But first, could you repeat the titles of that slide?

Dr. Clayton: I will try. I do not think I can repeat them in the same order. In the package, you will find a booklet explaining the policies.

C'est difficile. À ce stade, nous n'avons pas rééquilibré notre budget en fonction de ces politiques, parce que les politiques sont quelque chose d'assez vague. J'aime à comparer les politiques et les stratégies à un match de football. Vous décidez que vous allez jouer dans le match; c'est votre politique. Vous pouvez décider de ne pas jouer. La stratégie, c'est la façon dont vous allez jouer, ce que vous allez faire pour gagner ce match. Ce sont là les stratégies et nous avons tendance à consacrer notre budget aux stratégies plutôt qu'à la politique globale.

Les cinq domaines d'intervention, qui étaient la coordination et la collaboration, l'information du public, le soutien de l'action communautaire, l'activité médicale et un autre qui m'échappe, seront divisés en stratégies précises. Je peux vous dire, par exemple, que nous allons dépenser six millions de dollars pour la recherche au cours de l'année qui vient. Notre programme de contributions aux organismes communautaires sera de 4,7 millions de dollars. Notre contribution aux organismes nationaux, qui comprennent la Société canadienne de l'hémophilie et la Société canadienne du sida, sera d'environ un million de dollars, selon l'étude des demandes. L'information et l'éducation recevront près de 4 millions.

Nous avons donc le budget de cette année, mais non ventilé en fonction des cinq énoncés de politique, car il s'agit tout simplement d'une orientation.

[Texte]

Mme Bertrand: Docteur Clayton, nous voyons que 129 millions de dollars vous ont été attribués. C'est beaucoup. On se dit qu'avec 129 millions de dollars, on pourrait faire beaucoup de choses. Il n'y a que des miracles que vous ne pourriez pas faire avec une telle somme. C'est pour cela que je m'inquiète quant à ce qu'on fait de cet argent. Vous nous avez donné 6 millions de dollars, plus 4 millions de dollars, plus 1 million de dollars. Quand nous avons préparé le rapport sur le sida en 1986 et que nous demandions 10 millions de dollars, on s'imaginait que c'était beaucoup demander, mais on savait que ce n'était pas suffisant. Mais il y a toute une différence entre 10 millions de dollars et 129 millions de dollars. Où vont ces 129 millions de dollars?

Dr. Clayton: As you say, Madam, it certainly sounds a lot. But when you divide it by five for each year you are getting something around \$30 million. This fiscal year it is \$37 million, which is the previous allocation of \$39 million, plus this \$129 million, divided up appropriately.

When I say \$6 million for research, these are funds that go out to researchers to do the things they are submitting, and the things that are reviewed have to be correct and appropriate. That money is spent, as I said before. All well-described research is funded.

We also call for research projects. We want, for example, to have a sero-prevalence survey. We want to find out truly how many people are infected in the country. So we put out research tenders, saying we would like applicants to come in with suggestions according to these guidelines to test a cohort of pregnant women to see how many are infected, or a group of injection drug users, or whatever, to try to get an understanding of the numbers of people. . .

When we talk about our \$4.7 million going to the community-based groups, or the AIDS support groups, they go in accordance with the projects they submit to us, most of which are educational and provide support services. So as you suggest, I can glibly talk about \$6 million or \$4 million, and I can talk about each one if you wish, but I do not think the Chair wants me to spend that much time, except just to summarize it very briefly.

Mme Bertrand: Je voudrais avoir une ventilation approximative des 129 millions de dollars. Pouvez-vous me dire quel pourcentage est consacré à l'administration, au ministère, pour le budget du Centre fédéral sur le sida?

Dr. Clayton: If you include salaries, personnel costs, and operating costs, it is less than \$10 million.

Mme Bertrand: Et en pourcentage?

Mr. Fontana: Per year?

[Traduction]

Ms. Bertrand: Dr. Clayton, we see that \$129 million were allocated to you. That is a lot. One would think that with \$129 million, we could do a lot of things. All that you could not do with such an amount would be miracles. That is why I am concerned about what is being done with that money. You have given us \$6 million plus \$4 million plus \$1 million. When we prepared the AIDS report in 1986 and asked for \$10 million, we imagined it was a lot to ask, but we knew it was not enough. But there is quite a difference between \$10 million and \$129 million. Where are those \$129 million going?

Dr Clayton: Comme vous le dites, madame, cela semble beaucoup. Mais si vous divisez cette somme par cinq ans, vous obtenez environ 30 millions de dollars. Pour l'exercice financier en cours, la somme est de 37 millions de dollars, soit les 39 millions de dollars antérieurement affectés, plus ces 129 millions de dollars, le tout réparti sur cinq ans.

Quand je parle de six millions de dollars pour la recherche, ce sont les fonds destinés aux chercheurs pour faire ce qu'ils demandent et les choses qui sont examinées doivent être correctes et exactes. Ces sommes sont dépensées, comme je l'ai déjà dit. Toutes les recherches bien décrites sont financées.

Nous demandons également des projets de recherche. Nous désirons, par exemple, une enquête sur la séro-prévalence. Nous voulons savoir exactement combien de personnes sont infectées au pays. Nous procédons à des appels d'offres, disant que nous aimerions recevoir des suggestions conformes à ces lignes directrices, par exemple, pour tester des femmes enceintes et voir combien sont infectées, ou un groupe d'usagers de drogues injectables ou quelque autre groupe, pour essayer de nous faire une idée du nombre de personnes. . .

Quand nous parlons des 4,7 millions de dollars destinés aux organismes communautaires ou aux organismes de soutien pour le sida, ces fonds sont accordés pour des projets qui nous sont présentés, la plupart à caractère éducatif ou assurant des services de soutien. Comme vous le dites, je peux parler facilement des six millions de dollars ou des quatre millions de dollars, et je peux vous donner des détails dans chaque cas si vous le désirez, mais je ne crois pas que le président voudrait que j'y consacre autant de temps, et je crois qu'il préférerait un bref résumé.

Ms. Bertrand: I would like an approximate breakdown of the \$129 million. Could you tell me what percentage goes for administration, for the department, for the budget of the Federal Centre for AIDS?

Dr Clayton: Si vous incluez les salaires, les coûts du personnel et les coûts de fonctionnement, il s'agit de moins de dix millions de dollars.

Ms. Bertrand: And in percentages?

M. Fontana: Par année?

[Text]

Dr. Clayton: For the year. Remember, our administration costs include our laboratory services, which are quite extensive. They include our maintenance and surveillance system, a lot of in-house things. And when we provide laboratory services, we do testing across the country free of charge; we do not charge for them. So several million dollars goes toward the provision of those services. I include those amounts also in our administration of the centre.

Mme Bertrand: Cette documentation que j'ai ici est très intéressante. Comment est-elle distribuée? Je suis députée depuis cinq ans, et c'est la première fois que je la vois. Étant membre du Comité de la santé et du bien-être social, je m'inquiète pour le grand public. Est-ce de la documentation qui pourrait être distribuée dans tous les foyers, dans toutes les écoles? Est-ce que vous faites ce travail-là?

• 1035

Dr. Clayton: Yes and no. We created pamphlets back in 1983, 1984 and 1985; the same pamphlet, which we renewed each year. Those were distributed variously through supermarkets, through students and the last run, I think, because we did not have much money in those days, was about 1.5 million pamphlets which we circulated as widely as we could. Then we created these, and the first run was for the conference in Montreal. Now I am having several hundred thousand printed, which we will distribute wherever we can. The one for travellers, for example, is going to every travel agent in the country. We will be sending out the Treasury Board workplace ones to other industries, as Mr. Beatty has stated. They will be distributed variously. We do not intend at this stage, I believe, to do a national mail drop.

The Chairman: Thank you, Madam Bertrand. We have about enough time left for a five-minute round for all members who have not had a chance to question the witnesses at this time. I would ask you to use your time as judiciously as possible.

Mr. Robinson: I would like to welcome Dr. Clayton before the committee. Dr. Clayton is aware of the fact that I have expressed serious concerns about what I regard as a serious lack of leadership of the Federal Centre for AIDS in a number of fundamentally important areas.

I have discussed this question with groups involved in the field in cities across Canada—in Vancouver, in Toronto, in Montreal and in smaller cities such as Thunder Bay, Halifax and elsewhere. I think it is fair to say that in significant elements of the community which are involved in this whole question of AIDS, there is a sense of frustration. There is a sense of anger, there is a sense of betrayal that too many people have died, that not enough action has been taken and that the kind of

[Translation]

Dr. Clayton: Pour l'année. Il ne faut pas oublier que nos frais d'administration comprennent nos services de laboratoire qui sont assez considérables. Ils comprennent notre système de maintien et de surveillance, beaucoup de choses internes. Et nous assurons des services de laboratoire, nous faisons des tests partout au pays gratuitement, sans exiger un sou. Plusieurs millions de dollars sont donc consacrés à la prestation de ces services. Ces sommes font également partie des coûts d'administration du centre.

Ms. Bertrand: The documentation I have here is very interesting. How is it distributed; I have been a member of Parliament for five years, and it is the first time I see it. As a member of the Health and Welfare Committee, I am concerned about the general public. Could this documentation be distributed to all households, all schools? You do that kind of work?

Dr. Clayton : Oui et non. Nous avons créé les dépliants en 1983, 1984 et 1985; le même dépliant, que nous renouvelons chaque année. Ces dépliants ont été distribués de diverses façons, dans les supermarchés, aux étudiants, et la dernière impression, je crois, parce que nous n'avions pas beaucoup d'argent à ce moment-là, était d'environ 1,5 million de dépliants que nous avons distribués le plus largement possible. Ensuite nous avons créé ceux-ci, et la première impression était destinée à la conférence de Montréal. Maintenant, j'en fais imprimer plusieurs centaines de milliers, que nous distribuerons partout où nous le pourrons. Le dépliant destiné aux voyageurs, par exemple, sera adressé à tous les agents de voyage du pays. Nous enverrons celui du Conseil du Trésor sur le lieu de travail à d'autres industries, comme l'a déclaré M. Beatty. Les dépliants seront distribués de diverses façons. Nous n'envisageons pas à l'heure actuelle, je crois, un envoi national par la poste.

Le président: Merci, madame Bertrand. Il nous reste assez de temps pour une ronde de cinq minutes pour tous les membres du Comité qui n'ont pas encore eu l'occasion d'interroger les témoins. Je vous prie d'utiliser votre temps de la façon la plus judicieuse possible.

M. Robinson: J'aimerais souhaiter la bienvenue au docteur Clayton. Le docteur Clayton sait que j'ai exprimé de graves préoccupations à propos de ce qui me semble un grave manque de leadership du Centre fédéral sur le sida dans un certain nombre de domaines d'importance fondamentale.

J'ai discuté de cette question avec des groupes qui travaillent sur le terrain dans diverses villes du Canada—à Vancouver, à Toronto, à Montréal et dans des centres moins importants comme Thunder Bay, Halifax et ailleurs. Je crois qu'il est juste de dire que dans des éléments importants de la communauté qui sont impliqués dans cette question du sida, il y a une impression de frustration. Il y a un sentiment de colère, un sentiment d'avoir été trahi parce que trop de

[Texte]

leadership which we have been looking for has not been there. Now, obviously this is a combination of political leadership and leadership at the Federal Centre for AIDS.

I find it extraordinary, Mr. Chairman, that the first case of AIDS in Canada was diagnosed in February of 1982 and it was not until April of 1989 that Ottawa announced its first policy. Perhaps by the end of this fiscal year, that national strategy will be in place.

I find it of deep concern, Mr. Chairman, that the report of the Royal Society of Canada, a thoughtful, comprehensive report, to the best of my knowledge does not even mention the Federal Centre for AIDS or the work that was done by the Federal Centre for AIDS in Canada. More importantly, Mr. Chairman, this report speaks with a sense of urgency about 48 concrete recommendations—not for further study, further consultation, but for action. In fact, it finishes up by saying that the implementation of these recommendations is imperative if AIDS is to be controlled in Canada and the possibility of a catastrophic epidemic avoided.

This report, Mr. Chairman, was completed in April of last year and now we are being told, over a year later, that there is to be ongoing further consultation to develop a national strategy. Well, Mr. Chairman, I certainly do not find this acceptable. In fact, I share the concerns of those who feel that sense of frustration and that sense of anger in this area and who have in fact called... In full recognition of the good intentions of Dr. Clayton, there is an expression about the road to hell is paved with good intentions. The road to death is paved with too many good intentions.

I have suggested that it is time for new leadership at the Federal Centre for AIDS. Now, having said that, Mr. Chairman, certainly we recognize that Mr. Beatty has taken some important steps since he assumed responsibility in this area in terms of the release of aerosolized pentamidine in terms of a carefully crafted policy on the Public Service.

I would like to ask Dr. Clayton a couple of specific questions. In five minutes one cannot begin to touch on all of the areas, so I will forward to Dr. Clayton a list of questions. I will forward them to him in writing and he can respond to them and I will circulate the responses to members of the committee. But I have just a couple of specific questions in terms of the whole area of concrete, explicit education. There are community groups in the field struggling to do this work on very limited resources. I am wondering what Dr. Clayton can say in terms of the national approach. The Canadian AIDS Society, as I understand it, has a submission in for funding. They still have not received anything other than bridge funding. The Canadian Hemophiliac Society has received no funding, to the best of my knowledge. When can we expect some concrete response to the requests of these two

[Traduction]

personnes sont mortes, parce qu'on n'a pas pris assez de mesures et parce que le leadership que nous recherchons n'existe pas. Manifestement, il s'agit à la fois de leadership politique et de leadership du Centre fédéral sur le sida.

Il me semble extraordinaire, monsieur le président, que le premier cas de sida ait été diagnostiqué au Canada en février 1982 et que ce n'est qu'en avril 1989 qu'Ottawa a annoncé sa première politique. Peut-être la stratégie nationale sera-t-elle en vigueur d'ici la fin de l'exercice financier.

Je trouve extrêmement préoccupant, monsieur le président, que le rapport de la Société royale du Canada, rapport complet et réfléchi, ne mentionne pas pour autant que je le sache le Centre fédéral sur le sida. Ce qui est plus important encore, monsieur le président, ce rapport parle de l'urgence de donner suite à environ 48 recommandations concrètes, portant non pas sur de nouvelles études ou de nouvelles consultations, mais sur des mesures précises. En fait, le rapport conclut que l'application de ces recommandations est essentielle pour que le sida soit contrôlé au Canada et pour éviter la possibilité d'une épidémie catastrophique.

Monsieur le président, ce rapport a été terminé en avril l'an passé et on nous apprend maintenant, plus d'un an plus tard, qu'il y aura de nouvelles consultations pour élaborer une stratégie nationale. Eh bien, monsieur le président, cela ne me semble nullement acceptable. En fait, je partage les préoccupations de ceux qui ressentent cette frustration et cette colère dans ce domaine, de ceux qui ont effectivement... Je reconnais les bonnes intentions du docteur Clayton, mais on dit que le chemin de l'enfer est pavé de bonnes intentions. Le chemin de la mort est pavé de trop de bonnes intentions.

J'ai suggéré que l'heure est venue d'un nouveau leadership au Centre fédéral sur le sida. Cela étant dit, monsieur le président, nous reconnaissons certes que M. Beatty a pris des mesures importantes depuis qu'il s'est chargé de ce domaine, par exemple l'autorisation de la pentamidine en aérosol, une politique soigneusement rédigée sur la Fonction publique.

J'aimerais poser quelques questions précises au docteur Clayton. Cinq minutes ne suffisent certes pas à aborder tous les domaines, et c'est pourquoi je transmettrai une liste de questions au docteur Clayton. Je les lui ferai parvenir par écrit et je distribuerai les réponses aux membres du Comité. Mais j'aurais quelques questions précises dans le domaine de l'éducation concrète et explicite. Il y a sur le terrain des groupes communautaires qui luttent pour effectuer ce travail à partir de ressources très restreintes. Je me demande ce que le docteur Clayton a à dire en ce qui concerne l'approche nationale. La Société canadienne du sida si je ne m'abuse, a présenté une demande de fonds. Elle n'a reçu rien d'autre qu'un financement transitoire. La Société canadienne de l'hémophilie, à ma connaissance, n'a reçu aucuns fonds. Quand pouvons-nous nous attendre à une réponse

[Text]

associations for stable funding to do the work that is so desperately needed?

• 1040

Dr. Clayton: As you say, the Canadian AIDS Society has received bridge funding for \$700,000, which was purposely done in order for their proposal to be evaluated, and it is in the process of evaluation. I think evaluation will be completed within a month, and the appropriate amount of funding will be allotted to them. I think the Hemophiliac Society's proposal—and I have to check this out—is already completed and ready for funding.

Mr. Robinson: So that should be announced very shortly.

Dr. Clayton: I would think so, but I have to check that out.

Mr. Robinson: In terms of the whole question of the Royal Society report, there were a number of concrete recommendations. They recommended a substantial increase in the level of funding for education, and education in explicit language. Dr. Clayton quite rightly talks about awareness, and I think he would agree that the Queen's University study showed an alarming lack of awareness, particularly among younger people. So it is not just a question of telling them what to do; it is a question of making sure they understand it in language they can relate to.

Dr. Clayton referred to intravenous drug users and the danger of a very serious increase in the level of infection among that population. Given that, I wonder why the Federal Centre for AIDS is not providing a penny of assistance for needle exchange programs in Canada. There is an outstanding program in the city of Vancouver that has been very successful, and I am sure Dr. Clayton is aware of it. Is Dr. Clayton and the centre prepared to seriously consider providing federal funding assistance for that program and other similar programs, which hopefully will be underway soon in Canada?

Dr. Clayton: Yes, that certainly is a consideration which is being undertaken at the moment. We have certainly agreed to provide moneys for evaluation of programs, and we are discussing and negotiating with provincial authorities the possibility of doing some further studies with needle exchange programs and assisting with them. The decision has not been finalized yet, but it is certainly in the process.

Mr. Robinson: So the centre is looking seriously at the possibility of assisting financially with the needle exchange programs themselves.

Dr. Clayton: We are looking at that consideration, yes.

Mr. Robinson: When can we expect a response on that?

[Translation]

concrète aux demandes de ces deux associations qui réclament un financement stable pour faire ce travail si désespérément nécessaire?

Dr. Clayton: Comme vous l'avez dit, la Société canadienne du sida a reçu un financement transitoire de 700 000 \$, qui a été fait à dessein pour permettre l'évaluation de la proposition, qui est en cours. J'estime que l'évaluation sera terminée d'ici un mois et que les fonds appropriés seront alors attribués à la Société. Quant à la proposition de la Société canadienne de l'hémophilie—et il me faudra vérifier ce point—je crois qu'elle est déjà terminée et prête à être financée.

M. Robinson: L'annonce devrait donc être faite sous peu.

Dr. Clayton: C'est ce que je crois, mais il me faudra vérifier.

M. Robinson: Le rapport de la Société royale présentait un grand nombre de recommandations concrètes, notamment une augmentation substantielle des fonds consacrés à l'éducation, et à l'éducation sous une forme explicite. Le docteur Clayton parle à juste titre de sensibilisation et je crois qu'il conviendra que l'étude de l'Université Queen's montrait un manque alarmant de sensibilisation, particulièrement chez les jeunes. Il ne s'agit pas tout simplement de leur dire quoi faire, il faut veiller à ce qu'ils comprennent ce qu'on leur dit dans une langue qu'ils peuvent comprendre.

Le docteur Clayton a parlé des usagers de drogues intraveineuses et du danger d'une très grave augmentation du niveau d'infection dans cette population. Cela étant, je me demande pourquoi le Centre fédéral sur le sida ne fournit pas un sou d'aide aux programmes d'échange d'aiguilles au Canada. Il existe dans la ville de Vancouver un excellent programme qui a connu un franc succès, et je suis sûr que le docteur Clayton en est au courant. Le docteur Clayton et le centre sont-ils prêts à étudier sérieusement la possibilité de fournir des fonds fédéraux pour ce programme et pour d'autres programmes semblables qui, espérons-le, seront bientôt lancés au Canada?

Dr. Clayton: Oui, c'est là certes une possibilité actuellement à l'étude. Nous avons accepté de fournir des fonds pour l'évaluation des programmes et nous avons entrepris des discussions et des négociations avec les autorités provinciales sur la possibilité de procéder à de nouvelles études sur les programmes d'échange d'aiguilles et de venir en aide à ces programmes. La décision n'est pas encore définitive, mais le processus est enclenché.

M. Robinson: Le centre étudie sérieusement la possibilité d'aider financièrement les programmes d'échange d'aiguilles eux-mêmes.

Dr. Clayton: Oui, nous étudions cette possibilité.

M. Robinson: Quand pouvons-nous nous attendre à une réponse à cet égard?

[Texte]

Dr. Clayton: I cannot give you that answer right now. Soon, I hope.

Mr. Robinson: What is the timetable on that?

Dr. Clayton: I would think within weeks.

Mr. Robinson: One of the other recommendations of the Royal Society was with respect to prisons. It was recommended strongly that condoms be available for inmates in correctional institutions, and I am quoting from the report now. I wonder whether Dr. Clayton would indicate whether he supports that important recommendation.

Dr. Clayton: Absolutely, Mr. Chairman. We have said so many times. We have talked with the Solicitor General and the Correctional Services, and we have repeatedly suggested that this would be something they should consider, as well as other aspects of control in prisons.

Mr. Robinson: Another recommendation of the Royal Society was with respect to the whole area of discrimination. There is a concern that given the absence of legislation to prohibit discrimination based on sexual orientation, too many people will not in fact go for testing. They are afraid they may risk losing their jobs and their homes or being victimized because of their sexual orientation. We know that so far the number of people affected with AIDS is about 80% gay and bisexual men. Has Dr. Clayton spoken out calling upon the government to implement the important recommendation to amend human rights legislation, as has been promised, to prohibit discrimination based on sexual orientation?

Dr. Clayton: Mr. Chairman, as Mr. Robinson knows, the Canadian Human Rights Commission has come out with its statement, as has the Privacy Commissioner and provincial human rights commissions. So I think that has been well aired in terms of governmental and para-governmental statements.

Mr. Robinson: You are the head of the Federal Centre for AIDS. What is your position on that question?

Dr. Clayton: Discrimination?

Mr. Robinson: Yes.

Dr. Clayton: I thought I had made my views very clear on that, Mr. Robinson. Of course I am against discrimination.

Mr. Robinson: You support the recommendation that legislation be amended to prohibit that discrimination?

• 1045

Dr. Clayton: It is not my role to be an advocate for legislation. My role is quite different. But I support the

[Traduction]

Dr. Clayton: Je ne peux vous donner cette réponse tout de suite. Bientôt, j'espère.

M. Robinson: De quelle sorte d'échéancier s'agit-il?

Dr. Clayton: Je dirais que c'est une question de semaines.

M. Robinson: Une des autres recommandations de la Société royale portait sur les prisons. La Société recommandait fortement de mettre des condoms à la disposition des détenus dans les établissements correctionnels, et je cite le rapport. Je me demande si le docteur Clayton pourrait nous dire s'il appuie cette importante recommandation.

Dr. Clayton: Absolument, monsieur le président. Nous l'avons répété à de nombreuses reprises. Nous avons parlé avec le solliciteur général et les services correctionnels et nous leur avons suggéré à de nombreuses reprises d'étudier cette possibilité, de même que d'autres aspects du contrôle dans les prisons.

M. Robinson: Une autre recommandation de la Société royale portait sur la discrimination. On craint qu'étant donné qu'il n'existe aucun texte législatif interdisant la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, un trop grand nombre de gens refuseront de se soumettre aux tests. Ils craignent de perdre leur emploi et leur maison ou d'être désavantagés en raison de leur orientation sexuelle. Nous savons qu'à l'heure actuelle les personnes souffrant du sida sont à environ 80 p. 100 des hommes homosexuels et bisexuels. Est-ce que le docteur Clayton s'est prononcé; a-t-il demandé au gouvernement d'appliquer cette importante recommandation et de modifier les textes législatifs sur les droits de la personne, comme la chose a été promise, afin d'interdire la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle?

Dr. Clayton: Monsieur le président, comme le sait monsieur Robinson, la Commission canadienne des droits de la personne s'est prononcée, tout comme le commissaire à la protection de la vie privée et les commissions provinciales des droits de la personne. On en a beaucoup parlé, il y a eu beaucoup de déclarations gouvernementales et paragouvernementales.

M. Robinson: Vous êtes le chef du Centre fédéral sur le sida. Quelle est votre position sur cette question?

Dr. Clayton: La discrimination?

M. Robinson: Oui.

Dr. Clayton: Je croyais avoir exprimé très nettement mon opinion à cet égard, monsieur Robinson. Je suis évidemment contre la discrimination.

M. Robinson: Vous appuyez la recommandation que la loi soit modifiée pour interdire cette discrimination?

Dr. Clayton: Mon rôle n'est pas de préconiser l'adoption de lois. Mon rôle est bien différent. Mais

[Text]

principles of non-discrimination, non-ostracization and so forth, in terms of this disease and all that goes with it.

Mr. Robinson: You are saying you do not believe it is your role to advocate the legislative changes that are necessary to implement that policy?

Dr. Clayton: I would think that is something that comes from the legal counsel from the department. Because the legal—

The Chairman: Can we wind it up very quickly, Mr. Robinson?

Mr. Robinson: Again, when we talk about abdication of leadership in an important question, I am afraid that is further evidence of it.

My final question is in respect to the whole area of goals, objectives and timetables. I would like Dr. Clayton to indicate to the committee whether to date, under his leadership, there have been any written goals, objectives and timetables. This has been one of great sources of frustration, that there is no sense of what, in concrete terms, the centre is up to. What are your objectives? By when are you seeking to achieve them? Has that been the case up to now? Have you had any concrete goals and objectives? If so, could copies of those documents be forwarded to the committee?

Dr. Clayton: I think you will find a number of those types of statements in the document that was circulated. A further document, which at the moment is under the approval system, will also talk about what we wish to do in terms of programs activity. The actual national strategy will define what you are suggesting, when that is published later on this year. Right now we can tell you, in documented material, what it is we are going to do problematically. The goals as prescribed by time will come out in the national strategy.

Mr. Robinson: We do not have any goals with timetables yet?

Dr. Clayton: We do not have goals in the way you are putting it, but we know what we are trying to do.

Mr. White (Dauphin—Swan River): There are a couple of areas I would like to ask about, if I have enough time. I would like to start with advertising, Dr. Clayton. I have noticed on television, in the last few weeks, there has been new, more explicit advertising than we saw before.

First of all, are we overestimating the effectiveness of latex condoms in our advertising? Secondly, should we try to be more explicit about the disease and the spread of the disease, and perhaps be less timid in our advertising? As Canadians, we tend to be so very conservative. And at the risk of offending people's sensitivities, I think it is probably valid that we become a little more explicit and

[Translation]

j'appuie les principes de non-discrimination, de non-ostracisation, et ainsi de suite à l'égard de cette maladie et de tout ce qui l'entoure.

M. Robinson: Vous dites que vous n'estimez pas que votre rôle soit de préconiser les modifications législatives nécessaires à l'application de cette politique?

Dr. Clayton: Selon moi, cela relève du conseiller juridique du ministère. Parce que le conseiller. . .

Le président: Pouvons-nous accélérer, monsieur Robinson?

M. Robinson: Encore une fois, lorsque nous parlons d'abdication du leadership à l'égard d'une question importante, je suis au regret de dire que c'en est là une nouvelle preuve.

Ma dernière question porte sur les buts, les objectifs et les échéanciers. J'aimerais que le docteur Clayton dise au Comité si, à ce jour, sous sa direction, il y a eu des buts, des objectifs et des échéanciers écrits. C'est là une des grandes sources de frustration car on n'a aucune idée, sur le plan concret, de ce que fait le centre. Quels sont vos objectifs? Pour quelle date tentez-vous de les réaliser? En a-t-il été ainsi jusqu'à maintenant? Avez-vous eu des buts et des objectifs concrets? Dans ce cas, est-ce que des copies de ces documents pourraient être communiquées au Comité?

Dr. Clayton: Je crois que vous trouverez bon nombre de déclarations de ce genre dans le document qui a été distribué. Un autre document, actuellement en voie d'approbation, traitera également de ce que nous désirons faire en ce qui concerne l'activité de programmes. La stratégie nationale définira ce dont vous parlez, lorsqu'elle sera publiée plus tard cette année. Actuellement, nous pouvons vous dire, dans des documents écrits, ce que nous allons faire problématiquement. Les buts, en temps et lieu, seront connus dans le cadre de la stratégie nationale.

M. Robinson: Nous n'avons pas encore de buts assortis à des échéances?

Dr. Clayton: Nous n'avons pas de buts au sens où vous l'entendez, mais nous savons ce que nous essayons de faire.

M. White (Dauphin—Swan River): J'aurais des questions sur quelques domaines, si je dispose d'assez de temps. J'aimerais commencer par la publicité. Docteur Clayton, j'ai constaté à la télévision depuis quelques semaines que la publicité est maintenant plus explicite.

Tout d'abord, est-ce que nous surestimons l'efficacité des condoms en latex dans notre publicité? Deuxièmement, est-ce que nous devrions tenter d'être plus explicites quant à la maladie et à la façon dont elle se communique, et peut-être moins timides dans notre publicité? Les Canadiens sont souvent très conservateurs. Au risque d'offenser certaines gens, je crois qu'il

[Texte]

little more brave in our advertising. I would like your comments on that.

Dr. Clayton: I agree with you, sir. I think we certainly should get more explicit. When you think back to the first advertisements that were produced by the Canadian Public Health Association two or three years ago, they were very, very tame, and they said nothing. You look at what they are producing in Europe, and we are so far behind in being explicit in our general advertising. However, what seems to be the best approach in Canada, because we seem to be a conservative society, is gradual introduction of more and more frankness. That is what we are seeing right now. The things that you can see on television now, could not have been shown two or three years ago.

The Canadian Telecasters' Commission still says that you can show a package of a condom on television, but you may not take it out of the wrapping. Each station manager is responsible for what he is going to put on his station. If he decides that his clientele do not want to see this kind of message, that is the way it goes. We are seeing a whole mix, but gradually the foot is in the door and we should do more and more. We will never get to the European type of message, but I hope we will get somewhere towards it. Three years ago I could have never have said "anal sex", or "anal intercourse" on radio or television. Today, I do it all the time.

Mr. White: What about the effectiveness of the condom? Do you have some figures on the risk of transmission of the virus with the use of a latex condom?

Dr. Clayton: Remember, we have never said and most people have never said that condoms provide safe sex. We use it as a comparative. It is safer sex. Indeed, it is just that. It is a protection, but it is not the whole answer.

Condoms do break, condoms do fail. We test them. Recently there have been some problems in the numbers that were tested—faulty lots that came through. We try to get the message across that it is a risk activity that one undertakes, and there are certain things you can do in terms of your own personal behaviour. If one is not going to desist from certain risk activities, then condoms are a measure of protection.

• 1050

A study was done some time ago on pregnancy, and for couples using condoms over a five-year period there was 25% failure in terms of contraception. Now, sperm is a lot bigger than a virus. So they are not full protection; they are just an assistance.

Mr. White: I would like to move to another area and ask a question about the virus itself. I was interested when you talked about the curve and how the only way to alter the epidemic curve would be to come up with anti-viral

[Traduction]

conviendrait que notre publicité devienne un petit peu plus explicite et un petit peu plus courageuse. J'aimerais connaître vos commentaires à cet égard.

Dr. Clayton: Je suis d'accord avec vous, monsieur. J'estime que nous devrions certainement avoir une publicité plus explicite. Les premières annonces produites par l'Association canadienne de santé publique il y a deux ou trois ans étaient très timides et ne disaient rien. Nous sommes bien en retard sur l'Europe à ce chapitre. Toutefois, puisque la société canadienne semble conservatrice, la meilleure démarche semble être d'introduire graduellement une plus grande ouverture. C'est ce qui se passe maintenant. Ce que vous voyez à la télévision maintenant n'aurait pas pu être montré il y a deux ou trois ans.

Le Comité des pratiques en radiotélévision du Canada déclare toujours qu'on peut montrer un paquet de condoms à la télévision, mais qu'on ne peut le déballer. C'est le directeur de chaque station qui décide de ce qui sera diffusé. S'il décide que sa clientèle ne veut pas voir de message de ce genre, tant pis. Il y a toutes sortes de choses à l'heure actuelle, mais le processus est enclenché et il devrait y en avoir de plus en plus. Nous n'atteindrons jamais des messages de type européen, mais j'espère que nous nous en approcherons. Il y a trois ans, je n'aurais jamais pu parler de relations anales à la télévision ou à la radio. Aujourd'hui, c'est monnaie courante.

M. White: Que pensez-vous de l'efficacité du condom? Avez-vous des chiffres sur le risque de transmission du virus malgré l'emploi du condom en latex?

Dr. Clayton: N'oubliez pas que nous n'avons jamais dit et que la plupart des gens n'ont jamais dit que les condoms permettent une sexualité sans danger. Nous parlons plutôt de réduction du danger. C'est une forme de protection, mais ce n'est pas une réponse complète.

Il arrive que les condoms se rompent. Nous faisons des essais. Dernièrement il y a eu certains problèmes, certains lots défectueux de condoms. Nous essayons de faire comprendre que l'activité sexuelle comporte des risques et qu'il y a certaines choses qu'on peut faire en ce qui concerne son propre comportement personnel. Lorsqu'on ne renonce pas à certaines activités à risque, les condoms offrent une certaine protection.

On pouvait lire dans une étude qui a été publiée il y a vu certain temps sur les grossesses que, chez les couples ayant utilisé des condoms sur une période de cinq ans, la contraception échouait dans 25 p. 100 des cas. N'oublions pas que les spermatozoïdes sont bien plus gros que les virus. La protection n'est donc pas complète; c'est juste une aide.

M. White: J'aimerais passer à un autre sujet et poser une question sur le virus lui-même. Je vous ai écouté avec intérêt lorsque vous nous avez parlé de la courbe et que vous avez dit que la seule façon d'infléchir la courbe de

[Text]

therapy for HIV. Given the history of research in anti-viral agents, we have not been very successful over the years in coming up with any sort of anti-viral agents for any disease, as far as I know. What do you think the prospects are of coming up with an anti-viral agent, a virocidal agent? Secondly, are we seeing in the virus itself the type of mutation we see with the common cold virus, for example, which makes it so difficult to come up with agents for it?

Mr. Clayton: You are right, anti-viral agents are relatively new. Antibiotics were discovered first of all in the 1930s in Germany. Then penicillin, etc., came along. It was not until probably the 1950s or 1960s—and Dr. Liston probably knows this better than I—that the first anti-viral agent came along. We now have a number that are effective against herpes, cytomegalovirus, influenza, but we do not have an all-purpose magic bullet, as penicillin was. So in answer to your question, anti-viral therapy is developing very rapidly. An enormous amount of work is going into it. I think we will get an effective anti-viral agent for HIV within a few years; probably within five years.

I do not think the mutation is a problem here. Certainly the virus mutates. It changes certain parts of its structure. Even in the one individual it changes. But I think vaccines, when they are produced, will be produced from materials that are not part of that antigenic change. And similarly with treatment of the virus: an anti-viral agent does not necessarily go out and kill the virus dead. It stops it from replicating by preventing certain things from happening, and then it dies. So the mutation within the virus may not be that germane.

Dr. Liston is more of a chemist than I am. I am a epidemiologist and he is a biochemist.

Dr. Liston: I would make two points. One is that with our increased understanding in immunological research that is going on I think we have many more opportunities for trying to prevent replication than we were had in the past, when one compares it with other viruses that may shift antigenically. So I think there is room to be hopeful.

The second point... You ask questions about the effectiveness of condoms and so on. I would like to bring to the committee's attention that around three and a half years ago there was concern within the Health Protection Branch that the quality of condoms was perhaps not as good as it might be. We instituted a very rigorous program in which we started to push the industry so they would consistently produce better-quality condoms, safer condoms. So the failure rate in Canada was much higher than, for example, in the United States simply because we

[Translation]

l'épidémie serait de trouver un traitement antiviral du VIH. À ma connaissance, dans la lutte antivirale, nous n'avons pas obtenu beaucoup de succès au cours des années lorsqu'il s'est agi de découvrir des agents quelconques de lutte contre les virus, quelle que soit la maladie. Quelles sont les chances à votre avis de trouver un agent de lutte contre le virus? En second lieu, est-ce que l'on constate chez ce virus en particulier le type de mutations que nous voyons, par exemple, au sujet du virus commun du rhume, qui rend si difficile la lutte antivirale?

M. Clayton: Vous avez raison, les agents de lutte contre les virus sont une chose relativement récente. Les antibiotiques ont tout d'abord été découverts dans les années 30 en Allemagne. Puis est arrivée la pénicilline, etc. Ce n'est probablement qu'au cours des années 50 ou 60—le docteur Liston pourra probablement le dire mieux que moi—que le premier agent antiviral est arrivé. Nous en avons maintenant un certain nombre qui sont efficaces contre l'herpès, les cytomégalovirus, la grippe, mais nous n'avons pas de panacée, comme l'était la pénicilline. Donc, pour répondre à votre question, la thérapeutique de lutte contre les virus évolue très rapidement. On a fait un énorme travail dans ce domaine. Je pense que nous trouverons un agent de lutte contre le virus VIH efficace dans quelques années; probablement dans moins de cinq ans.

Je ne pense pas que la mutation pose de problèmes dans ce cas. Bien sûr, le virus opère des mutations. Certaines parties de sa structure changent. Même à l'intérieur d'un même individu, il change. Toutefois, je pense que les vaccins, lorsqu'ils seront produits, seront élaborés à partir de matériaux qui ne feront pas partie de cette mutation antigène. Il en va de même du traitement du virus: un agent de lutte contre le virus ne va pas nécessairement s'abattre sur le virus pour le tuer d'un seul coup. Il l'empêche de se reproduire en évitant l'apparition de certains facteurs, puis il meurt. Donc, les mutations du virus ne sont peut-être pas si réhabilitaires.

Le docteur Liston est un meilleur chimiste que moi. Je suis un épidémiologiste et il est biochimiste.

Docteur Liston: J'insisterais sur deux points. Le premier, c'est que je considère qu'à mesure que nous progressons dans la recherche immunologique, nous sommes mieux en mesure que par le passé d'éviter que se reproduisent les situations que l'on a constatées avec les autres virus susceptibles de subir des mutations antigènes. Je pense donc que l'on peut être optimiste.

Le second point... Vous nous posez, par exemple, des questions sur l'efficacité des condoms. Je voudrais rappeler au Comité qu'il y a trois ans et demi environ, la Direction de la protection de la santé s'inquiétait de la qualité des condoms, qui n'était pas aussi bonne qu'elle aurait dû l'être. Nous avons mis en place un programme très rigoureux au moyen duquel nous avons poussé l'industrie à produire constamment des condoms de meilleure qualité, offrant plus de sécurité. Ainsi, les taux d'échecs au contrôle de qualité effectués au Canada

[Texte]

were pushing that industry as hard as we could and we were rejecting more of those lots. So the higher incidence of failure was more a measure of how aggressively we were pursuing better quality in that area than a problem of inferior lots being dumped in Canada.

There was a distortion in the way that story happened to come out, and I thought it would be helpful to the committee to try to set the record straight.

Mr. Cole (York—Simcoe): You mentioned in your slide presentation that there was no vaccine, no treatment, and our only recourse right now is education. I would assume the centre is spending a lot of time and effort in research, and I would hope we are providing that kind of direction. I would like to deal with the area of education, and it brings to mind a couple of things I really have some concerns for.

• 1055

One of the difficulties I find with this type of program is that we tend to want to educate or re-educate the converted, as opposed to getting our message to the person who is unaware. I see these nice packages, and they are all very nice and very appreciated by me, but my concern is getting the message out to the kid on the street, or the kid in the school, or the adult in the workplace or whatever. I was a little disappointed, to be quite honest with you, to hear you say you are not planning a mass mail drop—for example, 10 million copies across the country.

If we do not get the message out to the homes, so that we can educate the parents and the children, I really question whether we are doing much good by sending out 10,000 pamphlets to organizations that are already organized and aware of the problem. So how do you foresee us getting the message out to individuals? I am not convinced in my own mind that television advertising is the proper way to do it, but that is a personal opinion. My concern is that maybe we are getting the message out to 10% of the 25 million people in this country, as opposed to getting the percentages the other way around. That is what I am getting at.

Dr. Clayton: That is a good point, Dr. Cole. With respect to a national mail drop, they did it in Britain and in the United States. In Britain, particularly, they did an evaluation afterwards. Every household got a pamphlet through the letterbox. The television announced that everyone should go to their mailbox next Friday because there would be a pamphlet that would tell them everything. It was good. Then they did their evaluation. Indeed, it raised awareness, but the further evaluation showed that it changed behaviour not at all. So it is more than just a universal application of facts. It is a question of changing behaviour, and that is the second part of what you were saying.

[Traduction]

étaient très supérieurs à ceux, par exemple, des États-Unis, tout simplement parce que nous poussions au maximum l'industrie et que nous rejetions davantage de lots produits. Donc, le taux d'échecs supérieur était davantage le signe que nous recherchions une meilleure qualité au Canada que le résultat d'une politique consistant à se débarrasser des lots inférieurs au Canada.

Il semble que cette histoire ait été mal interprétée et je pense qu'il serait bon que le Comité s'efforce de redresser les faits.

M. Cole (York—Simcoe): Vous avez indiqué dans votre présentation à l'aide de diapositives, qu'il n'y avait pas de vaccin, pas de traitement et que notre seul moyen de recours à l'heure actuelle était l'éducation. J'imagine que le centre consacre beaucoup de temps et d'énergie à la recherche et j'espère qu'il saura nous montrer la voie à suivre. J'aimerais aborder cette question de l'éducation, et à propos, deux ou trois choses qui me préoccupent fortement me reviennent à l'esprit.

L'un des problèmes que pose à mon avis ce genre de programme, c'est que nous cherchons à éduquer ou à rééduquer les convertis plutôt que de faire passer notre message à ceux qui ne sont pas conscients du problème. Je vois toutes ces troussees d'information, je les trouve parfaites et très bien conçues, mais je me préoccupe de savoir si l'on va faire passer le message aux enfants dans la rue, aux enfants à l'école, aux adultes au travail, etc. J'ai été quelque peu déçu, je dois vous l'avouer, d'apprendre que vous n'envisagiez pas une distribution directe par courrier—10 millions de copies par exemple dans l'ensemble du pays.

Si nous ne faisons pas passer notre message dans les foyers, si nous n'éduquons pas les parents et les enfants, je me demande vraiment à quoi sert d'envoyer 10 000 brochures à des organismes qui sont déjà bien organisés et conscients du problème. Comment prévoyez-vous de faire parvenir le message aux individus? Je ne suis pas convaincu que la publicité télévisée soit le meilleur moyen, mais c'est là une opinion personnelle. J'ai peur que nous ne faisons connaître notre message qu'à 10 p. 100 des 25 millions d'habitants de ce pays, alors que c'est 90 p. 100 que nous devrions toucher. Voilà ce que je veux dire.

M. Clayton: C'est un point intéressant, docteur Cole. Une distribution nationale par la poste, c'est quelque chose qui a été fait en Grande-Bretagne et aux États-Unis. En Grande-Bretagne, notamment, une évaluation a été faite par la suite. Chaque foyer a reçu une brochure dans sa boîte aux lettres. Il a été annoncé à la télévision que tout le monde devrait regarder son courrier le vendredi suivant parce qu'il y aurait une brochure donnant toutes les informations nécessaires. Tout s'est bien passé. On a ensuite fait l'évaluation. On a constaté que la prise de conscience avait augmenté, mais une autre évaluation a démontré que les comportements n'avaient absolument pas changé. Il ne s'agit donc pas simplement de faire

[Text]

Maybe television is not the best way to do it. We have to apply educational techniques through a variety of different agencies, through the churches, through the schools, through the parents, through the school boards, through the ministries, federal, provincial or whatever. It has to be a multi-sectoral, multi-disciplinary approach, if you like. The whole principle here is change of behaviour and adoption of sensible, responsible lifestyles. Raising awareness is relatively easy. Everybody knows a bit about AIDS. They did a Gallup poll in the States a few years ago, and more people had heard about AIDS than could name the President, which I thought was rather cute. Awareness is one thing, change of behaviour is something else.

Mr. Cole: We are talking to a very large group that are not involved in relationships or whatever at this time. We are trying to educate them to not get involved in the kinds of relationships that are going to lead to that, or take the necessary preventive measures. However, that would still turn out the same way, and the results, I am sure, would show the same way. If they have not changed their pattern, then that does not show on your statistics. The impression I get from the numbers is that the vast majority of Canadians are not at this time susceptible. I am not suggesting they are not going to be, because if we do get into an epidemic situation, then we do create that risk. I am just questioning whether prevention by education is the answer.

Dr. Clayton: Unfortunately, in terms of primary prevention, I think it is the only answer we have at the moment. The ASOs in the gay community have indeed produced a great deal of information, which I think has largely changed behaviour—not entirely, but largely.

• 1100

Mr. Cole: In that area.

Dr. Clayton: In that area. Now, is what is being done there applicable to children, for example, before they become sexually active? I do not think it is, because it is a different kind of message, a different technique. The question is—I do not know the answer, although I am striving to find it—how do you influence children to become sexually responsible or not go into drug-using patterns and so forth? It is much larger I think than just AIDS control. It is society's mores and values in general. It is something bigger than most of us, but we still have to do what we can.

[Translation]

connaître les faits à tout le monde. Il faut changer les comportements, et cela devient une partie de votre question.

Il est possible que la télévision ne soit pas le meilleur moyen d'y parvenir. Il nous faut faire de l'éducation par l'entremise de différents organismes, comme les églises, les écoles, les associations de parents, les conseils scolaires, les ministères fédéraux et provinciaux, etc. Il faut que ce soit une démarche plurisectorielle, pluridisciplinaire, si vous voulez. Le principe à la base est de changer les comportements et d'adopter des modes de vie raisonnables et responsables. Il est relativement facile de faire prendre conscience du problème. Tout le monde a quelques informations sur le sida. Lors d'un sondage Gallup qui a été effectué aux États-Unis il y a quelques années, il y avait davantage de gens qui avaient entendu parler du sida que de gens qui étaient en mesure de donner le nom du Président, ce que je trouve assez cocasse. La prise de conscience est une chose, le changement de comportement est quelque chose de différent.

M. Cole: Nous parlons à une catégorie de gens très large qui n'est impliquée dans aucune relation et dans aucune chose de cette sorte pour l'instant. Nous essayons d'éduquer ces gens pour qu'ils ne se lancent pas dans le type de relations susceptibles de les mener à ça, ou pour qu'ils prennent les mesures de prévention nécessaires. Toutefois, ça ne changerait pas grand-chose et les résultats, j'en suis persuadé, reviendraient au même. S'ils n'ont pas changé leur comportement, ça ne se verra pas dans nos statistiques. J'ai l'impression, au vu des statistiques, que la grande majorité des Canadiens ne sont pas sensibles pour l'instant. Je ne dirais pas qu'ils ne le seront jamais car, en cas d'épidémie, on ne sait jamais ce qui peut se passer. Je me demande simplement si la prévention au moyen de l'éducation est la bonne réponse.

M. Clayton: Malheureusement, il faut dire que le seul moyen dont nous disposons pour l'instant est celui de la prévention. Les OSS de la communauté homosexuelle ont fait en réalité de gros efforts d'information qui, à mon avis, ont largement contribué à modifier les comportements—pas totalement, mais en grande partie.

M. Cole: Dans ce domaine.

Dr Clayton: Dans ce domaine. Mais ce genre de mesure est-elle applicable aux enfants, par exemple, avant qu'ils ne soient actifs sexuellement? Je ne pense pas que ce soit le cas parce qu'il s'agit d'un message de type différent, d'une technique différente. La question est la suivante—je ne connais pas la réponse même si je m'efforce de la trouver—comment rendre les enfants sexuellement responsables et les amener à ne pas utiliser les drogues? C'est une question beaucoup plus vaste que celle du contrôle du sida. Il s'agit des moeurs et des valeurs de la société en général. C'est quelque chose qui nous dépasse, mais il nous faut tout de même tenter de l'influencer.

[Texte]

Mr. Fontana: Essentially, all members talked about the same thing. I am becoming a little frustrated. I believe Mr. Robinson talked about timetables. In my opinion, you should have policies. Strategies can wane in the wind or change. I think you should have policies; you have to have goals. You have to have the objectives, of course, and you have to have the strategies, with timetables.

I am a little concerned when I hear that the administrative costs are \$10 million a year, out of a total budget of \$26 million a year. I do not have those figures, but Ann Bertrand asked how much money you were spending in various areas of communication, advertising, those kinds of things. I am not sure that the message is getting out. The fact is that even Members of Parliament do not have all the information that your centre has to disseminate to the public in general.

The more you make people aware, obviously, the more you are going to have an impact on changing that behaviour. It is not going to happen overnight. I suggest to you that you use the opportunity of Health and Welfare, where you have a baby bonus cheque, to put a pamphlet, for God's sake, to let parents know, to let the small kids know, because that is the area you want to talk about.

It seems to me that we have to have a timetable, we have to have strategies that include an awful lot of educational and information tools. I understood the minister, Mr. Beatty, to say at the conference that there is a sense of urgency in this country.

There are two goals. One is to be compassionate and have support services for those people who have contracted AIDS, the 2,700, and those people who eventually will get to the point of developing AIDS. The other mandate of course is to make sure through communications that we talk to everyone we can, to make sure that lifestyles or behaviours change to minimize the risk.

I would hope that we could have some more information from the doctor, as to where the money is put, in what areas. There should be strategies and timetables. Perhaps a meeting should be convened with all the organizations, in order that the activities can be co-ordinated.

Dr. Clayton: Mr. Fontana, we have discussed this and it is taken under advisement.

Just for the record, this fiscal year it is just over \$37 million. As I said, it is less than \$10 million for our administrative costs, which includes salaries as well as laboratory supplies. Actually, it is about \$9 million. So about one quarter is for the programs that we undertake at the Federal Centre for AIDS. It is not administrative costs; it is the programs that we undertake.

[Traduction]

M. Fontana: Essentiellement, tous les membres parlent de la même chose. Je me sens un peu irrité. Je pense que M. Robinson a parlé d'échéanciers. J'estime qu'il faudrait adopter des politiques. Les stratégies peuvent évoluer ou se modifier. Je pense qu'il faudrait avoir des politiques; il faut avoir des buts. Il faut avoir des objectifs bien entendu et aussi des stratégies, avec des échéanciers.

Je me sens quelque peu inquiet lorsque j'apprends que vos coûts administratifs s'élèvent à 10 millions de dollars par an, sur un budget global de 26 millions. Je n'ai pas ces chiffres, mais Ann Bertrand vous a demandé combien d'argent vous dépensiez dans divers secteurs comme la communication, les annonces publicitaires et ce genre de choses. Je ne suis pas sûr que le message passe bien. Le fait est que même les membres du Parlement n'ont pas tous les renseignements que votre centre a pour tâche de répandre dans le public.

Il est évident que plus on sensibilise les gens, plus il sera possible de modifier leur comportement. Cela ne se fera pas en un jour. Je vous suggère de vous servir de la Santé et du Bien-être, il y a le chèque d'allocations familiales, et d'y joindre une brochure pour sensibiliser les parents, pour parler aux jeunes enfants, parce qu'il s'agit du domaine dont vous voulez parler.

Il me semble que nous devons nous fixer un échéancier, adopter des stratégies dans lesquelles figurent toute une série d'outils éducatifs et d'information. Le ministre, M. Beatty, a déclaré, ai-je cru comprendre, à la conférence qu'il y avait un sentiment d'urgence dans ce pays.

Il y a deux objectifs. L'un consiste à offrir de l'aide et des services de soutien aux personnes qui ont contracté le sida, les 2 700, et aux personnes qui vont finalement souffrir du sida. L'autre objectif consiste bien entendu à faire un effort de communication pour parler à toutes les personnes à qui nous pouvons le faire pour faire en sorte que les styles de vie et les comportements soient modifiés de façon à réduire les risques.

J'aimerais que le docteur nous fournisse davantage de renseignements sur les façons et les secteurs dont les fonds sont dépensés. Il doit y avoir des stratégies et des échéanciers. Il faudrait peut-être réunir toutes ces organisations, de façon à coordonner leurs activités.

Dr Clayton: Monsieur Fontana, nous avons discuté de cette question et nous allons y réfléchir.

Je voudrais indiquer, pour que ce soit clair, que le budget s'élève à plus de 37 millions de dollars pour l'année financière. Comme je l'ai dit, nos coûts administratifs, qui comprennent les salaires ainsi que les fournitures de laboratoire, s'élèvent à moins de 10 millions de dollars. En fait, cela est plus proche de 9 millions de dollars. Un quart environ du budget est affecté aux programmes mis sur pied par le Centre fédéral sur le sida. Il ne s'agit pas de coûts administratifs; mais des programmes que nous offrons.

[Text]

The Chairman: Thank you very much, Dr. Clayton and Dr. Liston. We certainly appreciate your appearing before the committee today. It is obvious from the concern and the questions that were raised by members of this committee, and I think within the House, that awareness and education are important, but there are many other areas—certainly funding—that we have to be concerned about.

I would hope that we can call on your resources to appear before this committee from time to time. I will be speaking about it later in the meeting. At this point in time, an ad hoc group of parliamentarians with an interest and a concern relating to AIDS is meeting on a regular basis. I hope they will work very closely with this committee. I intend to pursue that in the future and discuss it with our committee. We extend our sincere thanks to both of you for appearing here today.

Dr. Clayton: Thank you.

• 1105

The Chairman: We are going to have a brief meeting in camera of the standing committee, and I hope that as many of you as possible can stay.

This meeting stands adjourned.

[Translation]

Le président: Je vous remercie beaucoup, docteur Clayton et docteur Liston. Nous sommes très heureux que vous ayez pu comparaître devant le Comité aujourd'hui. Les questions que vous ont posées les membres du Comité et les inquiétudes dont ils vous ont fait part, tout comme celles des membres de la Chambre des communes, indiquent clairement l'importance que revêtent la sensibilisation et l'éducation du public, mais il existe de nombreux autres secteurs—en particulier le financement—dont il faut nous occuper.

J'espère pouvoir vous demander de revenir devant ce Comité. Je reviendrai sur ce point plus tard. Pour le moment, il existe un groupe ad hoc de parlementaires qui se préoccupent du sida et se réunissent de façon régulière. J'espère qu'ils travailleront en étroite collaboration avec notre Comité. J'ai l'intention de poursuivre cette question et de l'aborder avec notre Comité. Nous vous remercions sincèrement tous les deux pour avoir bien voulu venir nous parler ici aujourd'hui.

Dr Clayton: Merci.

Le président: Le Comité permanent va se réunir brièvement à huis clos et j'espère que vous serez nombreux à rester.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Department of National Health and Welfare:

Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health
Protection Branch;

Dr. A.J. Clayton, Director, Federal Centre for AIDS.

TÉMOINS

Du Ministère de la santé nationale et du bien-être social:

A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Direction générale de la
protection de la santé;

A.J. Clayton, directeur, Centre fédéral sur le SIDA.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 8

Tuesday, June 27, 1989

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 8

Le mardi 27 juin 1989

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Main Estimates 1989-90: Vote 1 under NATIONAL
HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1989-1990: crédit 1
sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET
BIEN-ÊTRE SOCIAL

APPEARING:

The Honourable Monique Vézina
Minister of State (Seniors)

COMPARAÎT:

L'honorable Monique Vézina
Ministre d'État (Troisième âge)

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Le greffier du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, JUNE 27, 1989
(10)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 3:32 o'clock p.m. this day, in Room 209 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Paul Martin, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White, Stan Wilbee.

Acting Members present: Jim Karpoff for Chris Axworthy, Beth Phinney for Mary Clancy.

Other Member present: Rod Laporte.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Antony G. Jackson and Joan Vance, Research Officers.

Appearing: The Honourable Monique Vézina, Minister of State for Seniors.

Witnesses: From the Department of National Health and Welfare: Dr. Peter Glynn, Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch; Pierre Fortier, Director General, Income Security Programs Branch; Signy Hansen, Executive Director, Seniors Secretariat.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Friday, April 28, 1989, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1990. (See *Minutes of Proceedings, Wednesday, May 24, 1989, Issue No. 1*).

The Chairman called Vote 1.

The Minister made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

At 4:35 o'clock p.m., the Committee proceeded *in camera* to discuss future business.

At 4:45 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 27 JUIN 1989
(10)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, se réunit aujourd'hui à 15h32, dans la salle 209 de l'Édifice de l'Ouest sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Paul Martin, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White, Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Beth Phinney remplace Mary Clancy.

Autre député présent: Rod Laporte.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Antony G. Jackson et Joan Vance, attachés de recherche.

Comparait: L'honorable Monique Vézina, ministre d'État pour le troisième âge.

Témoins: Du Ministère de la santé nationale et du bien-être social: Peter Glynn, sous-ministre adjoint, directeur général des Services et de la promotion de la santé; Pierre Fortier, directeur général, Direction générale des programmes de la sécurité du revenu; Signy Hansen, directrice exécutive, Secrétariat du troisième âge.

En conformité de son ordre de renvoi du vendredi 28 avril 1989, le Comité poursuit l'étude du Budget des dépenses principal pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1990. (*Voir les Procès-verbaux du mercredi 24 mai 1989, fascicule n° 1*).

Le président met en délibération le crédit 1.

La ministre fait une déclaration, et elle-même et les autres témoins répondent aux questions.

À 16h35, la séance se poursuit à huis clos et le Comité examine ses travaux à venir.

À 16h45, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE*[Recorded by Electronic Apparatus]**[Texte]*

Tuesday, June 27, 1989

• 1533

The Chairman: I call the meeting to order.

We are resuming consideration of our order of reference dealing with the 1989-90 Main Estimates under National Health and Welfare.

I am pleased to welcome the Hon. Monique Vézina, Minister of State for Seniors. She is accompanied by Dr. Peter Glynn, Assistant Deputy Minister, Health Services Promotion Branch; Pierre Fortier, Director General, Income Security Programs Branch; and Signy Hansen, Executive Director, Senior Secretariat.

I would now call vote 1.

Prior to asking for a opening statement from the minister, I would like to welcome you on behalf of all members of the committee for appearing before us today. We look forward to your intervention, and I am sure we will have questions. I know that ministers, like other members, around this time of year have a very tight schedule, and I gather that you have an hour to spend with us today. The minister has accommodated us in her scheduling because we had this meeting called for some time. Her schedule has changed, and she has very graciously accepted our invitation to be here, despite the fact that she has several other commitments. She has agreed to stay with us until 4.30 p.m. I would ask members to keep that in mind during the question period. I would now call on the minister and her officials to bring us their opening intervention at this time.

• 1535

Hon. Monique Vézina (Minister of State (Seniors)): Thank you very much. I must say it is a pleasure to be here today. I will give you my introduction. I must apologize; it is only in French. Thank you very much for your comprehension and your collaboration. I will do my best, and naturally I know it is essential to be here at this standing committee.

Je veux vous remercier d'avoir donné suite à ma requête de modifier le nom du Comité de manière à y inclure les femmes et les aînés.

Si, de toute évidence, on enregistre actuellement un vieillissement de la population, ce sont cependant les femmes qui représentent la plus forte proportion des gens âgés. D'ici l'an 2001, il y aura même deux fois plus de femmes de 65 ans et plus que d'hommes.

La décision de ce Comité d'étudier les questions liées aux personnes âgées en plus de mettre l'accent sur les

TÉMOIGNAGES*[Enregistrement électronique]**[Traduction]*

Le mardi 27 juin 1989

Le président: La séance est ouverte.

Nous reprenons notre examen de l'ordre de renvoi traitant du budget des dépenses principal de 1989-1990 sous la rubrique «Santé nationale et Bien-être social».

Je suis heureux de souhaiter la bienvenue à l'honorable Monique Vézina, ministre d'État pour le Troisième âge. Elle est accompagnée par M. Peter Glynn, sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé; Pierre Fortier, directeur général des Programmes de la sécurité du revenu; et Signy Hansen, directrice exécutive, Secrétariat du troisième âge.

Je mets le crédit 1 en délibération.

Avant de vous demander de faire votre déclaration d'ouverture, je voudrais vous souhaiter la bienvenue, au nom des tous les membres du Comité. Nous attendons votre intervention avec impatience et nous aurons sans doute des questions à vous poser. Je sais que les ministres, tout comme les députés, sont des plus occupés à ce moment-ci de l'année, et je comprends que vous avez une heure à nous consacrer aujourd'hui. Si madame la ministre a consenti à comparaître devant nous, c'est que nous avons convoqué cette réunion il y a déjà quelque temps. Elle a très gracieusement accepté notre invitation bien que son horaire ait changé depuis et qu'elle ait plusieurs autres engagements. Elle a accepté d'être des nôtres jusqu'à 16h30. Je demanderais donc aux membres de tenir compte de ce fait pendant la période des questions. Je demanderais maintenant à la ministre et à ses hauts fonctionnaires de nous faire part de leur déclaration d'ouverture.

L'honorable Monique Vézina (ministre d'État pour le Troisième âge): Merci beaucoup. Il me fait grand plaisir d'être ici aujourd'hui. Je vais faire mon allocution, qui est en français seulement. Je m'en excuse, et je vous remercie pour votre compréhension et votre collaboration. Je ferai de mon mieux car je sais que ma présence ici est essentielle pour le Comité permanent.

I would like to thank you for accepting my request to change the name of this Committee in order to include women and seniors.

Though the whole population is aging, women are greatly in the majority among seniors. By the year 2001, there will be twice as many women over 65 as men.

The decision of the Standing Committee to study questions of concern to seniors as well as emphasizing the

[Texte]

besoins spéciaux des femmes âgées me semble, dans ce contexte, tout à fait justifiée.

Lorsque j'ai été nommée ministre d'État responsable des affaires du Troisième âge, le premier ministre a été très clair: il m'a demandé d'être l'avocate des aînés au sein du Cabinet, d'être sensible à leurs préoccupations, de les consulter et de m'assurer que les politiques du gouvernement traduisent réellement les besoins des aînés.

J'ai donc, dans un premier temps, rencontré les aînés. J'ai trouvé là des gens qui sont déterminés, des personnes pour qui avoir 65 ans ne signifie pas la fin de la vie, mais plutôt le début d'une nouvelle carrière. Les aînés sont de plus en plus informés des enjeux importants de la société et ils ont une conscience aiguë du monde qui les entoure. Ils participent à des expériences originales telles que les universités du troisième âge, les programmes de développement international ou encore des colloques où des thèmes comme l'environnement côtoient ceux de la santé et de l'avenir de la francophonie.

Comme on le voit, les intérêts des aînés sont très diversifiés et, en bout de ligne, c'est l'ensemble de la société canadienne qui en profite.

Or, tout cela n'est réalisable que si les aînés demeurent autonomes le plus longtemps possible. Avec eux, nous avons défini quatre priorités afin d'atteindre cet objectif, quatre priorités qui visent à améliorer encore et encore la qualité de vie des aînés.

D'abord, les aînés, pour réaliser leur potentiel, doivent profiter d'un revenu suffisant. C'est pour cela qu'il est absolument nécessaire qu'une personne puisse conserver son emploi aussi longtemps qu'elle le désire. Le projet de loi que nous avons déposé sur la réforme de l'assurance-chômage corrige certaines iniquités dont étaient victimes les aînés. Quant aux aînés qui ne peuvent travailler ou qui désirent prendre leur retraite, les plus démunis d'entre eux peuvent toujours compter sur l'appui du gouvernement fédéral.

Les personnes âgées, pour être autonomes, doivent également profiter d'un logement adéquat. Un bon éclairage, des poignées bien placées, une rampe d'acier plutôt que des marches, tout cela favorise la qualité de vie de milliers de Canadiens qui ont décidé de demeurer chez eux. La Société canadienne d'hypothèques et de logement a organisé l'an dernier une conférence sur les choix de logements, conférence à laquelle les aînés ont participé activement.

Un système de transport efficace destiné aux aînés est aussi une de nos priorités. Pouvoir visiter ses enfants, se rendre au travail ou encore participer à des activités sociales, tout cela est essentiel à la vie des aînés et impossible sans un service de transport qui tienne compte des intérêts des gens âgés.

Transports Canada a été mis à contribution et versera cette année 712,000\$ pour l'achat de véhicules et la transformation de certains véhicules afin de les adapter aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées.

[Traduction]

special needs of older females is, in my opinion, fully justified.

Upon my appointment as Minister of State for Seniors, the Prime Minister was very clear: he asked me to be the seniors' advocate in Cabinet, to be sensitive to their concerns, to consult them, and to ensure that government policy responded realistically to their needs.

Obviously, my first step was to meet with seniors across the country. I found an extremely determined group of people, people for whom the age of 65 does not signify the end of life, but rather the beginning of a new career. Seniors are increasingly aware of major social issues and extremely conscious of the world around them. They participate in new experiments such as seniors' universities, international development programs and conferences where environment is discussed alongside issues such as health care and the future of the Francophonie.

As you can see, seniors' interests are very diverse and, in the end, it is society as a whole that benefits.

However, none of this is possible unless seniors remain independent for as long as they can. Together, we have defined four priority areas to reach this objective, four priorities aimed at continuously improving their quality of life.

First, to reach their full potential, seniors must have sufficient income. It is therefore imperative that they be allowed to remain on the job for as long as they wish. The Bill that we have tabled on unemployment insurance reform corrects some of the inequities that have plagued seniors. As for seniors who are unable to work or who wish to retire, those in need can always rely on the federal government for support.

To be independent, seniors must also enjoy adequate housing. Good lighting, easy-grip handles and steel ramps instead of stairs all serve to increase the quality of life of thousands of Canadians who decide to stay at home. Last year, the Canada Mortgage and Housing Corporation organized a conference on housing choices in which seniors actively participated.

An effective transportation system for seniors is also one of our priorities. Being able to visit their children, going to work or participating in social activities is important to seniors, but impossible without a transportation service that takes their needs into account.

Transport Canada has been asked to help and will this year be contributing \$ 712,000 to purchase or modify vehicles to meet the needs of seniors and disabled persons.

[Text]

Enfin, le gage d'une meilleure qualité de vie, d'une autonomie plus grande est impossible sans une bonne santé. L'accès à des services de santé appropriés est une autre de nos priorités. La maladie, vous le savez, crée chez les personnes qui en sont atteintes un sentiment de dépendance et une grave atteinte à leur fierté. Nous constatons cependant que les personnes âgées portent une attention particulière à leur santé en multipliant les activités physiques et en surveillant leur alimentation.

Nous avons donc décidé d'intensifier nos messages de prévention. Le Secrétariat du Troisième âge participe à deux émissions de télévision axées sur l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des aînés. Une portion de l'émission hebdomadaire de Radio-Canada *Comment ça va* consacrée à la santé est réservée aux gens du troisième âge. Quant à l'émission *Discover Choices*, elle s'inscrit dans un projet pilote visant également à l'amélioration de la santé des aînés. Cette émission est actuellement limitée à la région des Prairies, mais nous comptons en étendre la diffusion à l'ensemble du Canada. La participation active des aînés à la préparation et à la rédaction même des documents constitue un aspect original de ce projet.

• 1540

Enfin, nous avons investi 4 millions de dollars en recherche, particulièrement sur la maladie d'Alzheimer et l'ostéoporose.

L'amélioration de la qualité de vie des aînés n'est pas uniquement l'affaire du gouvernement fédéral. Ceux qui me connaissent savent que, bien avant de me lancer en politique, je croyais déjà au partenariat.

Pour cette raison, j'ai aussi visité de nombreux groupes que l'on qualifie, dans notre cabinet politique, de groupes non traditionnels, parce qu'on n'avait jamais eu le réflexe d'aller les voir pour leur parler des gens âgés. Pourtant, ces groupes, comme vous le savez, ont souvent par leurs décisions un impact direct sur la vie des aînés.

Je suis allée voir les architectes pour leur dire qu'en tant que concepteurs du milieu dans lequel nous vivons et travaillons, ils ont le devoir de garder à l'esprit les principes d'accessibilité, de liberté de mouvement et de sécurité qui sont si chers à nos personnes âgées.

J'ai dit aux récréologues que les activités de loisirs créatrices intéressent aussi les personnes âgées.

À l'Association canadienne du transport urbain, j'ai ajouté qu'un grand nombre de personnes âgées, pour diverses raisons, doivent cesser de conduire leur véhicule et que les transports publics doivent alors prendre la relève afin d'assurer un moyen de déplacement adapté aux aînés.

J'ai également rencontré l'Association canadienne des municipalités. J'ai rappelé aux maires que les municipalités étaient la structure gouvernementale de première ligne et qu'elles avaient des responsabilités face aux aînés.

[Translation]

Finally, better quality of life and greater independence is impossible without good health. Access to proper health care services is another of our priorities. As you know, ill health can create a feeling of dependency and seriously undermine a person's pride. However, we have found that senior citizens pay particular attention to their health by exercising more and watching what they eat.

We have decided to intensify our prevention messages. The Seniors Secretariat is a participant in two television shows aimed at improving the health and quality of life of seniors. Part of Radio-Canada's weekly health show entitled "Comment ça va" focuses on senior citizens. The show "Discover Choices" is a pilot project equally concerned with improving the health of seniors. At present, the show is aired only in the Prairies, but we are planning to extend broadcasting to the whole of Canada. Active involvement of seniors in the preparation and actual writing of the segments is a novel aspect of the project.

Furthermore, we have invested \$ 4 million in the area of research, particularly in regard to Alzheimer's disease and osteoporosis.

Improving the quality of life of seniors is not solely up to the federal government. Those who know me know that I believed in partnership well before I entered political life.

For this reason, I endeavoured to visit many groups described as non-traditional in the political field because no one had ever thought to talk to them about seniors. Yet, the decisions made by these groups, as you know, often have a direct impact on the lives of our elders.

I met with architects to tell them that as designers of the environment in which we live and work, it is their responsibility to keep in mind the principles of accessibility, mobility and safety that are so important for seniors.

I also told recreation specialists that seniors, too, are interested in creative leisure activities.

I explained to the Canadian Urban Transit Association that a large number of seniors can no longer drive, for whatever reason, and therefore require a public transportation system that is adapted to their needs.

I also met with the Federation of Canadian Municipalities and reminded the mayors that the town or city council is the first level of government and that they, too, had a responsibility toward seniors.

[Texte]

Enfin, je me souviendrai longtemps de l'étonnement des constructeurs d'automobile japonais qui étaient venus entendre parler du libre-échange. J'ai préféré leur dire que les aînés possèdent 38 p. 100 de la richesse en Amérique du Nord et que le marché appartiendra à ceux et celles qui répondent le mieux à leurs besoins.

Comme vous le voyez, beaucoup de travail a été accompli. Tout cela aurait été impossible sans l'appui du personnel du Secrétariat d'État au troisième âge. Il s'agit de personnes pour qui la cause des aînés tient d'un engagement profond.

Le Secrétariat a assuré la liaison avec de nombreux ministères du gouvernement afin que la voix des aînés soit entendue. Je vous cite quelques exemples: participation à l'organisation d'une table ronde à Halifax, en octobre dernier, sur les femmes et le vieillissement; participation à la conférence sur le choix du logement organisée par la Société centrale d'hypothèques et de logement; organisation du premier atelier national sur l'ethnicité et le vieillissement, en compagnie du Conseil consultatif sur le troisième âge, l'Association canadienne de la santé publique, l'Association canadienne de gérontologie et la Conseil canadien pour la santé multiculturelle, un bel exemple de partenariat. J'ajouterai la publication d'un guide des programmes et services du gouvernement fédéral, guide qui est destiné à plus de 750,000 personnes. Plus de 50 ministères, directions générales et organismes du gouvernement fédéral ont participé à des rencontres dans le but d'obtenir des renseignements sur les aînés. Voilà ce que j'appelle du partenariat. C'est beaucoup de travail, compte tenu des effectifs de 12 années-personnes et d'un budget de fonctionnement total de 3.025 millions de dollars.

J'aimerais terminer en parlant de l'avenir.

Parmi les grands défis qui attendent la société canadienne, il y a ceux liés au vieillissement de sa population. Aujourd'hui, une personne sur 10 au Canada a 65 ans et plus. D'ici 45 ans, ce nombre aura triplé. Dans 15 ans, les enfants du *baby boom* nés entre 1946 et 1961, élevés dans la consommation, instruits, contestataires, ayant ensuite occupé des postes d'autorité, commenceront à entrer dans le monde des aînés. Leur poids politique et social sera énorme. Il faut donc dès aujourd'hui se donner les moyens de faire face à cette nouvelle réalité. Cette réflexion doit embrasser tous les secteurs de notre société.

On doit commencer par combattre vigoureusement toute forme de discrimination dont sont victimes les aînés et ensuite élargir au maximum la consultation afin que les programmes que nous administrons collent le mieux possible à la réalité des aînés.

Le vieillissement de la population n'a pas que des côtés sombres. Les aînés représentent un potentiel énorme. Il n'en tient qu'à nous d'en faire profiter l'ensemble de la société.

[Traduction]

Lastly, I will long remember the astonishment of Japanese carmakers who had come to hear about Free Trade. Instead, I told them that 38 % of the personal wealth in North America lay in the hands of senior citizens and that that share of the market would go to whoever best met their needs.

As you can see, much work has been done. None of it would have been possible without the support of the Seniors Secretariat, a group of people deeply committed to helping senior citizens.

The Secretariat has established liaison between many government departments to ensure that seniors' concerns are heard. Let me give you some examples: the Secretariat helped to organize the Round Table on Women in an Aging Society held in Halifax last October; it took part in the Canada Mortgage and Housing Corporation's conference on housing choices; and it helped to organize the first national workshop on ethnicity and aging together with the National Advisory Council on Aging, the Canadian Public Health Association, the Canadian Association on Gerontology and the Canadian Council on Multicultural Health. Here was partnership indeed. Let me also add that the Secretariat has published the "Seniors' Guide to Federal Programs and Services", which is to be distributed to more than 750,000 people. Over 50 federal departments, branches and agencies attended meetings, the purpose of which was to obtain greater information on seniors. That is what I call partnership. And it was all done with only 12 person-years and a total operating budget of \$ 3.025 million.

I would like to close my remarks with a look to the future.

Of all the challenges facing Canadian society today, there is perhaps none greater than meeting the needs of our aging population. Today, one out of every ten Canadians is 65 years of age or older. This figure is expected to triple within the next 45 years. In 15 years, baby boomers born between 1946 and 1961, who have grown up with consumerism, are highly educated and aware of their rights, and are currently occupying positions of authority, will be at or near retirement. They will carry enormous political and social weight. We must start working now to find the means to deal with that situation. By we, I mean all sectors of our society.

We must start by fighting hard against all forms of discrimination affecting seniors, then broaden the consultation process to the greatest extent possible to ensure that government programs reflect the needs of seniors as closely as possible.

The aging of our society does have an upside. Seniors represent an enormous human resource and it is up to us to tap that resource for the benefit of all.

[Text]

Voilà la revue philosophique et psychologique de la responsabilité qu'on m'a confiée comme ministre responsable des aînés. Bien sûr, il y a aussi tout l'aspect technique, c'est-à-dire l'organisation des programmes et la mise en application des mesures. Je suis à votre disposition, en compagnie de mes principaux collaborateurs, pour répondre à toutes vos questions.

• 15-45

Merci beaucoup.

The Chairman: Thank you very much, Madam Minister. We appreciate the comments you have brought to us today. Many members around this table, as Members of Parliament, spend some time working with seniors; in particular, in the last while opening seniors' residences across Canada. Knowing the statistics you have pointed out, the demographics show us the increasing role seniors are going to play in every aspect of our lives, and most of us sitting around this table will be approaching that in the timeframe you have mentioned, some of us sooner than others. But when you think that one out of three or four people in the not-too-distant future will be seniors, I think it is a role that all Canadians and those of us in Parliament have to consider.

Mr. Martin (LaSalle—Émard): Madam Minister, I really have five questions, and perhaps it would be best if I asked them one after another, and then you could respond.

The first question has to do with golden age clubs. It has certainly been my experience that the golden age clubs perform a very valuable service, and they are virtually non-governmental organizations. But they certainly are the front line and they are inevitably underfunded and normally underhoused. In my experience in Montreal, that is certainly the case. My question to you is: is it possible for the government to envisage some direct funding to the golden age clubs in terms of providing them with capital facilities and operating facilities?

My second question—and I am not asking this in a partisan way—is this. The recent budget has cut back severely on available housing spaces and on the money the government was going to spend, and this impacts directly on seniors. The minister responsible for housing has stated in Quebec that, if indeed enough pressure were brought to bear on him, he might be able to bring some pressure to bear on Cabinet and get this reversed. My question to the minister would be: if we were to bring pressure on her, could she become an ally of the Minister of State for Housing and enable us to expand the number of spaces available for seniors?

The second part of that question is to request a comment. I have heard from a number of people that the real problem seniors have is that they do not see their children enough and they are worried that the sales tax on

[Translation]

In short, that is the philosophical and psychological responsibility conferred upon me as Minister of State for Seniors. There is also, of course, the technical aspect, that is, setting up the programs and implementing initiatives. My officials and I will be happy to answer any questions you may have.

Thank you very much.

Le président: Merci beaucoup, madame la ministre, pour les commentaires dont vous nous avez fait part aujourd'hui. En tant que députés, bon nombre des membres de ce Comité travaillent avec les aînés, surtout récemment lors de l'ouverture de foyers pour personnes âgées partout au Canada. Les chiffres que vous nous avez donnés et les statistiques démographiques témoignent du rôle de plus en plus important que les personnes âgées joueront à tous les niveaux. La plupart d'entre nous atteindront le troisième âge dans la période que vous avez mentionnée, certains plus rapidement que d'autres. Quand on pense que 1 Canadien sur 3 ou 4 fera partie de ce groupe dans un avenir assez proche, je crois que tous les Canadiens et tous les députés devront se pencher sur cette question.

M. Martin (LaSalle—Émard): Madame la ministre, j'ai cinq questions à vous poser et ce serait peut-être mieux que je les pose l'une après l'autre pour ensuite entendre votre réponse.

Ma première question traite des clubs de l'âge d'or. Selon mon expérience, ces clubs rendent de précieux services et sont presque à ranger parmi les organismes non-gouvernementaux. Bien qu'ils mènent une action d'avant-garde, ils manquent toujours de fonds et souvent de locaux adéquats. C'est du moins le cas pour les clubs de Montréal. Ma question est la suivante: Le gouvernement peut-il envisager un financement direct aux clubs de l'âge d'or, c'est-à-dire leur fournir des fonds de capitaux et des fonds de roulement?

Ma deuxième question est la suivante—et je ne la pose pas dans un esprit partisan. Le dernier budget comprend d'importantes réductions dans le secteur du logement et des dépenses gouvernementales, ce qui a un impact direct sur les personnes âgées. Le ministre responsable pour le logement a annoncé au Québec que si on exerçait suffisamment de pressions sur lui, il pourrait peut-être intervenir auprès du Cabinet et faire annuler ces réductions. Voici donc ce que je voudrais savoir: Si nous exerçons suffisamment de pressions sur la ministre, pourrait-elle s'allier au ministre d'État pour le Logement et nous permettre d'augmenter le nombre de logements destinés aux personnes âgées?

Cette question comporte également une deuxième partie. Plusieurs personnes m'ont dit qu'un des plus grands problèmes des personnes âgées est qu'elles ne peuvent pas voir leurs enfants assez souvent et qu'elles ont

[Texte]

transportation is going to increase the cost of transportation within Canada and, therefore, the difficulty their children might well have in visiting them. I would appreciate a comment.

You have talked about medical research into Alzheimer's disease. It is my understanding that, for instance, Montreal General Hospital is the only hospital in the city of Montreal that really specializes in geriatrics. I may be wrong, but I have been told they have the most specialists in the diseases of the elderly, that there is a phenomenal problem in terms of the ability to diagnose the problems of the elderly, and that this is an area where some money ought to be going. I ask you to comment on that.

My last question goes back a little earlier in the life of our senior citizens, and it has to do with training programs. One of the things I found in the private sector was that it made no sense to begin training people in their fifties for a second career, that if you were going to start preparing them, especially men, you really had to begin in their early forties, and that more than likely some kind of paid training to prepare people for a second career would be very valuable. I wonder if the department has anything within that context.

• 1550

Mme Vézina: On va commencer par le sous-financement des organismes non gouvernementaux comme la Fédération de l'âge d'or.

Étant donné la façon dont on travaille au Ministère, il nous est toujours difficile de verser des subventions directes. Nous avons plutôt des programmes comme Nouveaux horizons, des programmes d'autonomie des personnes âgées qui s'adressent directement à ces clientèles. Pour faire une demande dans le cadre de ces programmes, un groupe doit être juridiquement constitué et compter au moins dix personnes à la retraite dont les deux tiers ont 65 ans et plus.

Plusieurs fédérations et groupes non gouvernementaux profitent de ces programmes.

Signy, perhaps you have something to add about this direct funding or this kind of collaboration we have with our NGOs.

Mrs. Signy Hansen (Executive Director, Seniors Secretariat, Ministry of State (Seniors)): I think that through the New Horizons program some of the golden age and other senior centres and organizations across the country do receive some funding and capital for specific projects.

The ongoing operating funds are a problem but there is going to be a review of the funding programs to look at some of the gaps, and this may in fact be one of them.

Mr. Martin: When will the review be taking place and when will we have the results?

[Traduction]

peur que la taxe de vente augmente le coût du transport au Canada de façon à empêcher leurs enfants de venir les voir. J'aimerais vos commentaires à cet égard.

Vous avez parlé de recherches médicales sur la maladie d'Alzheimer. Je comprends que l'Hôpital général de Montréal, par exemple, est le seul hôpital à Montréal qui se spécialise vraiment en gériatrie. Je peux me tromper, mais j'ai entendu dire que cet hôpital a le plus grand nombre de spécialistes en gérontologie et qu'il y a un problème énorme en matière de diagnostic des personnes âgées, domaine auquel il faudrait consacrer plus d'argent. J'aimerais vos commentaires à cet égard aussi.

Ma dernière question porte sur les programmes de formation. Lorsque j'étais dans le secteur privé, j'ai constaté qu'il était insensé de préparer les employés à une deuxième carrière après leur cinquantième anniversaire, mais qu'il fallait plutôt commencer lorsqu'ils étaient dans la quarantaine, surtout les hommes. C'est à ce moment-là qu'un programme de formation visant une deuxième carrière serait le plus utile. Je voudrais savoir si votre ministère fait quelque chose dans ce domaine.

Mrs. Vézina: Let's start with the underfunding of non-government organizations such as the Federation of Senior Citizens.

Given the way the Department works, it is very difficult for us to give direct grants. Instead, there are programs such as New Horizons and self-sufficiency programs for seniors. In order to apply for assistance under these programs, groups must be incorporated and have a membership of at least 10 retired persons, two thirds of whom must be 65 years of age or older.

Several non-government federations and groups have been funded under these programs.

Signy, vous avez peut-être quelque chose à ajouter sur le financement direct ou sur le rôle que nous jouons auprès des organismes non-gouvernementaux.

Mme Signy Hansen (directrice exécutive, Secrétariat du troisième âge, ministère d'État (Troisième âge)): Je crois que certains clubs de l'âge d'or et autres foyers et organismes pour personnes âgées au Canada reçoivent du financement pour des projets précis en vertu du programme Nouveaux Horizons.

Il n'y a pas de programmes d'aide permanents pour l'exploitation, mais nous prévoyons une revue de nos programmes de financement pour en identifier les lacunes et le problème des fonds de roulement pourraient bien figurer parmi ces lacunes.

M. Martin: Quand aura lieu cet examen et quand en aurons-nous les résultats?

[Text]

Mme Vézina: Pour ce qui est du programme d'autonomie des aînés, je dois en faire l'évaluation au cours de juillet et août à la suite des consultations que nous avons faites. Nous devons analyser toute la correspondance qui a été reçue, tant de personnes que de groupes traditionnels ou non traditionnels, et faire un rapport au ministre Beatty à l'automne, au début de septembre. Je dois dire que nous avons augmenté à 15 millions de dollars le budget du programme Nouveaux horizons pour 1989-1990. Nous essayons toujours de faire ces modifications en consultation avec les bénéficiaires.

Au niveau de l'impact du dernier budget, il y a un message clair: on doit penser que toutes les personnes continueront de recevoir leur pension de vieillesse. La semaine dernière, à l'occasion de visites que je faisais, et même dans une dernière lettre que nous avons reçue, on me disait que c'est faire de la discrimination en raison de l'âge que d'obliger les personnes âgées ayant un revenu de 50,000\$ et plus à rembourser leur pension par le biais de la fiscalité. Étant donné que le Comité est la tribune tout indiquée pour corriger les informations, je veux répéter que le programme de pensions de vieillesse est maintenu; toutes les personnes âgées recevront leur pension de vieillesse, mais les personnes qui ont un revenu net de 50,000\$ devront participer. C'est un geste de solidarité que nous leur avons demandé. Nous avons demandé la même chose aux parents qui reçoivent des allocations familiales. Donc, ce n'est pas de la discrimination en raison de l'âge quand on demande aux aînés qui ont 50,000\$ et plus de revenu de faire leur contribution. Il faut bien préciser qu'il s'agit de salaires, de revenus, et non d'épargnes de plus de 50,000\$. Seul l'intérêt sera considéré comme un revenu.

Donc, dans le dernier budget, nous avons respecté la demande que nous avaient faite les gens de maintenir l'universalité des programmes.

En ce qui concerne la taxe, je ne pense pas que le Comité soit l'endroit idéal pour parler de la réforme de la taxe au niveau du transport. Je partage cependant l'inquiétude de la population. Tant qu'une réforme n'a pas été clairement expliquée au moyen de mesures et d'exemples concrets, les gens sont inquiets. Tout au long de la préparation du dernier budget, j'ai été, comme me l'avait demandé le premier ministre, le porte-parole des personnes âgées au niveau du Cabinet. En toute humilité, le budget est la preuve que nous avons fait du bon travail. En effet, les sommes affectées aux différents programmes ont été maintenues, l'universalité des programmes sociaux a été maintenue et je sais aussi que la taxe fédérale de vente pourra bénéficier aux personnes âgées de par les crédits qui seront remboursables; donc, un fort pourcentage des personnes âgées pourra profiter des bienfaits de la taxe fédérale.

• 1555

En ce qui concerne la spécificité du transport, je pense manquer d'information pour répondre précisément à vos préoccupations et à vos inquiétudes.

[Translation]

Mrs. Vézina: The seniors' self-sufficiency program is to be reviewed in July and August after our consultations are complete. We will be analysing all the correspondence we have received from traditional and non-traditional groups and reporting to the Honourable Perrin Beatty in the fall, that is, in early September. I must say, however, that we have increased the budget of the New Horizons program to \$ 15 million for 1989-1990. We always try to make changes in consultation with the groups concerned.

As for the impact of the recent budget, one message is clear: everyone will continue to receive their old age pensions. Last week, during the course of visits I was making and even in a recent letter, I was told that taxing back the old age pension of senior citizens earning \$ 50,000 or more a year was age discrimination. As this Committee is the proper forum to set the record straight, I would like to reiterate that the old age pension program is being maintained; all senior citizens will receive their old age pensions, but those with a net income of \$ 50,000 will have their pensions taxed back. We are asking them to pitch in as we have asked parents to pitch in with regard to family allowances. Therefore, it is not age discrimination to ask senior citizens earning \$ 50,000 or more to do their part. Let me point out that this figure of \$ 50,000 or more represents earnings or income, not savings. Only interest will be considered to be income.

Our last budget, therefore, complies with Canadians' desire that program universality be maintained.

As for the sales tax, I do not think that this Committee is the proper forum to discuss tax reform as it applies to transportation. I do, however, share the concerns of the Canadian people. People will worry until a reform is clearly explained through measures and concrete examples. While the budget was being prepared, I acted as spokesperson for senior citizens within the Cabinet, at the Prime Minister's request. In all humility, the budget is proof of our good work. Program spending has been maintained as has the universality of social programs. I know also that the federal sales tax will benefit senior citizens via tax refunds. Thus, a large number of senior citizens will benefit from the new federal sales tax.

With regard to transport in particular, I do not think I have sufficient information to respond specifically to your concerns.

[Texte]

Pour ce qui est de la recherche, il s'en fait sur la maladie d'Alzheimer et l'ostéoporose. J'ai une note qui arrive ici et je vais demander à Peter de vous faire part de son commentaire lui-même. Je me demande où on la fait et comment on la pratique au point de vue technique. Nous avons le souci de faire de la prévention. S'il se fait de la recherche sur ces deux maladies qui affectent les personnes âgées, nous pourrions sûrement faire de la prévention dans quelques années et nous assurer ainsi que de moins en moins de personnes en soient atteintes.

Dr. Peter Glynn (Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch, Ministry of State (Seniors)): Mr. Martin, you raise two issues. One is the provision of facilities and diagnostic equipment, and the other is the research issue.

Diagnostic facilities and equipment are a provincial responsibility, and federal funding really comes by way of the Established Programs Financing Act as it would for other health care programs.

On the research side, certainly in the basic biomedical research and the neurological research on ageing diseases, the Medical Research Council is quite active in supporting pure review of scientific research in that area, and the minister has already mentioned the program in Health and Welfare to support Alzheimer's research in particular. It is covered in three particular areas.

Mme Vézina: On peut ajouter que prendre soin de la santé des aînés est une responsabilité fédérale et provinciale. Il y a donc un comité de travail fédéral-provincial qui assure le respect des juridictions fédérale et provinciale dans l'application de ces mesures sociales.

Au risque de me répéter, je soutiens qu'il est impossible, en 1989, de travailler d'une façon unilatérale. On doit toujours le faire en complémentarité avec les municipalités et les provinces. C'est ce que nous faisons au niveau de la santé. Nous apportons une aide complémentaire.

Au niveau du programme de formation, vous avez tout à fait raison. Nous devons porter une attention toute particulière aux besoins des personnes de 55 ans et plus qui veulent avoir un programme de formation. Dans le cadre de la dernière stratégie de la main-d'oeuvre de la population active que nous avons annoncée, nous avons mis sur pied un groupe de travail formé d'employés et d'employeurs du secteur privé pour définir une stratégie d'emploi qui puisse convenir à la fois aux jeunes, aux femmes, aux minorités visibles et aux personnes handicapées, parce qu'on doit tenir compte de toutes les classes de travailleurs en respectant leurs besoins qui sont différents et spécifiques; nous avons aussi un programme spécial pour les travailleurs âgés qui demandent souvent un programme de formation qui doit être tout à fait différent et leur permettre de rester actifs.

[Traduction]

As far as research is concerned, work is currently being done on Alzheimer's disease and osteoporosis. I have just been handed a note and I will ask Peter to comment on that. I wonder where that research is being carried out and how it is being done, from a technical point of view. We are concerned with prevention. If research is being conducted on these two diseases of old age, we will certainly, within a few years, be able to set up prevention programs in order to ensure that fewer and fewer people are affected.

Dr Peter Glynn (sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère d'État (Troisième âge)): Monsieur Martin, vous avez soulevé deux questions: d'une part, les installations et le matériel diagnostiques et d'autre part, la recherche.

Les installations et le matériel diagnostiques sont une responsabilité des provinces, et les fonds fédéraux y sont attribués par l'entremise de la Loi sur le financement des programmes établis, comme c'est le cas pour les autres programmes de santé.

Du côté de la recherche, certainement pour ce qui est de la recherche fondamentale en biologie médicale et de la recherche neurologique sur les maladies de la vieillesse, le Conseil de recherches médicales appuie activement la revue par les pairs des recherches scientifiques, et la ministre a déjà fait allusion au programme de Santé et Bien-être qui vise les recherches sur la maladie d'Alzheimer en particulier. Donc, on travaille dans trois domaines précis.

Mrs. Vézina: I might add that the care of the elderly is a joint federal-provincial responsibility. A federal-provincial working group ensures that jurisdictional boundaries are respected in the application of social programs.

At the risk of repeating myself, I maintain that it is impossible, in 1989, to act unilaterally. We must always ensure that our actions complement those taken by the municipalities and the provinces. That is what we are doing in the health care field. We are providing complementary assistance.

With regard to training, you are absolutely right. We must pay particular attention to the needs of persons 55 and over who wish to participate in a training program. As part of our new labour-force strategy, we set up a working group composed of employees and employers from the private sector whose task is to define an employment strategy that would meet the needs of youth, women, visible minorities and disabled persons, because the diverse and specific needs of all these categories or workers must be taken into account. We also have a special program for older workers, who often must be provided with a completely different training program that will enable them to remain active.

[Text]

J'ai eu l'occasion, dans mes consultations des trois derniers mois, de rencontrer plusieurs groupes de personnes âgées à la retraite qui avaient décidé, après mûre réflexion, de continuer d'être actives. Nous essayons d'établir ensemble un programme qui pourrait leur convenir. Je soutiens que c'est la richesse d'un pays que de pouvoir utiliser la sagesse et l'expérience des aînés. C'est ce à quoi on travaille.

J'espère avoir répondu à vos questions.

Mr. Karpoff (Surrey North): I just want to make a comment on the statement made by Mr. Martin about receiving training before 50 years of age. My father went back to university full-time when he was 75 and got a second degree of which he made very productive use. I come from a family that lives into their mid-nineties.

A number of seniors' organizations tell me they are a little confused about your role, or how you see your role as the Minister of State for Seniors. You are the second person, following George Hees. There are two dichotomies, one that you are an information person, an apologist for government policy, and the other is that you are an advocate. I think they are beginning to feel that the emphasis has gone on to being the apologist, the information officer for government policies, and not enough of the advocate fighting for the cause of seniors, both for their own programs and also on broad based government programs that impact seniors. I would like your comment on that first and then I will have a couple of specific questions.

Mme Vézina: Je partage votre point de vue. Moi aussi, je pense que les aînés de 65 ans et plus peuvent continuer d'apprendre. Il y a d'ailleurs des expériences qui se font au niveau des universités des aînés qui sont exceptionnelles. Il n'y a pas très longtemps, je lisais les résultats d'une recherche qui confirmait qu'une personne de 65 ans et plus qui apprenait une langue additionnelle était presque assurée de rester en bonne santé intellectuelle pour les années à venir.

• 1600

Mon mandat, comme ministre d'État au Troisième âge, est de rencontrer et de consulter les groupes de personnes âgées. Nous pensons, au sein de ce gouvernement, que la seule façon d'établir une stratégie pour les aînés est de consulter les bénéficiaires pour nous assurer que nos programmes leur conviennent bien, et que, si nous devons les améliorer, nous devons partir de la pratique pour les corriger et les améliorer. Il y a donc cette partie consultation et écoute.

Deuxièmement, à partir de ce que j'ai constaté sur le terrain en rencontrant les groupes, je dois m'assurer au niveau du Cabinet, lorsque l'on prend des décisions, que chaque initiative gouvernementale, chaque projet de loi et

[Translation]

I have had the opportunity, during my consultations over the last 3 months, to meet several groups of retired seniors who had, following a period of reflection, decided to remain active. We are trying to work together to establish a program that will enable them to do so. I believe that the experience and wisdom of the country's older citizens must be considered a resource. That is what we are working toward.

I hope I have answered your questions.

M. Karpoff (Surrey-Nord): J'avais simplement une observation à faire au sujet de la déclaration de M. Martin concernant la formation avant l'âge de 50 ans. Mon père est retourné à l'université à temps plein quand il avait 75 ans et a obtenu un deuxième diplôme dont il a très bien su se servir depuis. Je viens d'une famille dont plusieurs atteignent l'âge de 95 ans.

Un certain nombre d'organismes du troisième âge me disent qu'ils ne comprennent pas très bien votre rôle, ou votre propre perception de votre rôle en tant que ministre d'État au Troisième âge. Vous êtes la deuxième personne, après George Hees, à occuper ce poste. D'un côté, vous êtes une agente d'information, une apologiste de la politique du gouvernement, et de l'autre, vous défendez les intérêts des aînés. Je commence à croire que vous mettez l'accent sur votre rôle d'apologiste, d'agente d'information disséminant les politiques gouvernementales, plutôt que sur votre responsabilité de défense des intérêts des aînés, par rapport aux programmes qui les visent particulièrement ainsi qu'aux programmes généraux qui pourraient les toucher. J'aimerais d'abord que vous répondiez à mes observations et ensuite j'aurais quelques questions précises à vous poser.

Mrs. Vézina: I agree with you. I, too, believe that seniors aged 65 and over can continue to learn. Indeed, extraordinary things are being done by seniors in the universities. Not long ago, I read the results of a research study that showed that the intellectual health of persons 65 and over who learn a new language is almost assured for years to come.

As Minister of State for Seniors, my mandate is to meet with and consult groups of senior citizens. My government believes that the only way to establish a strategy for seniors is to consult the beneficiaries in order to ensure that our programs suit them and that any improvements necessary are based on practical experience. So, consulting and listening are one component.

Secondly, based on what I observed in meeting with the groups, I must ensure that when decisions are made at the Cabinet level, every government initiative, every bill and every measure taken coincide with the needs of

[Texte]

chaque mesure gouvernementale correspondent aux besoins des aînés. Avant 1984, je l'ai fait au sein de groupes pour assurer le respect des besoins des femmes. Nous devons maintenant le faire pour les aînés, et je me dis que c'est un complément. Je dois donc m'assurer que chaque mesure que ce gouvernement prend soit une mesure qui réponde aux besoins des aînés.

Je dois aussi, comme représentante du gouvernement fédéral, jouer un rôle de leadership, un rôle d'animation. C'est ce que j'ai fait durant les trois derniers mois en rencontrant de groupes non traditionnels. J'ai parlé à des architectes, à des récréologues, à des constructeurs de voitures. Le gouvernement fédéral a la responsabilité sociale de dire aux gouvernements, aux municipalités, aux provinces, au secteur privé, que nous devons être prêts pour l'an 2000. Un Canadien sur cinq aura alors 65 ans et plus et nous devons préparer cet avenir ensemble. C'est ce que j'appelle le partenariat. Le gouvernement fédéral ne peut rien faire seul. Il faut absolument que l'on s'associe au secteur privé et aux différents gouvernements municipaux et provinciaux.

Donc, j'ai un mandat à trois niveaux: consultation et écoute; intervention et défense des mesures gouvernementales au sein du Cabinet; et animation socio-politique au niveau de la communauté canadienne.

Mr. Karpoff: My second question deals with the whole issue of poverty and the elderly. The Canadian Council on Social Development's new information indicates that you have to have an income of about \$12,000.

Poverty, from my experience in working with social services in the healthcare field—which is fairly extensive—is disproportionate to women. The information says 40% of all elderly women are poor.

I would like the minister to comment in two specific areas: what they intend to do about basic pensions, and the whole question of homemakers' pensions as it relates to the Canada Pension Plan because that affects single, elderly women.

Mme Vézina: Je vais vous donner la grande réponse politique; je pense que vous avez la réponse technique et pratique. Je suis, moi aussi, très préoccupée par la situation financière de la majorité des femmes qui vieillissent. Les statistiques nous démontrent que les femmes vivent plus longtemps, mais vivent leurs dix dernières années dans la maladie et la pauvreté. Nous avons une responsabilité sociale très, très importante et nous devons essayer de trouver les mesures qui s'imposent.

Comme ministre responsable des aînés, je souhaite changer l'image et la perception que nous avons lorsque nous pensons aux personnes âgées. Il faudrait absolument que l'on change la perception sociale que nous ayons en une perception économique. La situation des aînés au Canada doit devenir un dossier économique, parce qu'elle a des conséquences au niveau des revenus, au niveau des mesures fiscales, au niveau des décisions

[Traduction]

seniors. Prior to 1984, I did the same thing with groups devoted to ensuring that women's needs were respected. We must now turn to seniors, and it seems to me that this is a complementary task. So, I must ensure that every measure taken by this government meets the needs of seniors.

As a representative of the federal government, I must also play a leadership role. That is what I have been doing during the past 3 months in meeting non-traditional groups. I have spoken to architects, recreation specialists, and car manufacturers. It is a social responsibility of the federal government to tell other levels of government, municipalities, provinces, the private sector, that we must be ready for the year 2000. One Canadian in five will then be 65 years of age or older and we must prepare for that future together. I call that partnership. The federal government cannot accomplish anything alone. It is absolutely essential that we join forces with the private sector and the various municipal and provincial governments.

So, my mission is a three-tiered one: consulting and listening; intervening and defending government measures within Cabinet; and providing social and political leadership within the broader Canadian community.

M. Karpoff: Ma deuxième question a trait à la pauvreté des aînés. Les données récentes du Conseil canadien de développement social indiquent qu'il faut un revenu d'environ 12,000\$.

Ayant beaucoup travaillé avec les services sociaux dans le domaine de la santé, j'ai constaté que la pauvreté frappe les femmes de façon disproportionnée. Selon leurs données, 40 p. 100 des femmes âgées sont pauvres.

J'aimerais que la ministre nous dise ce que son gouvernement a l'intention de faire au sujet des pensions de base, et qu'elle nous parle de la question des pensions pour les femmes au foyer dans le cadre du Régime de pensions du Canada, car cela a des conséquences pour les femmes âgées qui sont seules.

Mrs. Vézina: I shall give you the political answer; I think you have the technical and practical answer. I too am very concerned about the financial situation of the majority of older women. Statistics show that women live longer, but spend the last 10 years of their lives in sickness and poverty. We have a very, very important social responsibility and we must try to determine what measures are appropriate.

As Minister responsible for seniors, I hope to change our image and perception of older people. What is currently perceived as a social issue must be perceived as an economic one. The status of the elderly in Canada must be treated as an economic matter, because it has implications for income, taxation, and government decisions. That is what I wish to work on as Minister responsible for seniors.

[Text]

gouvernementales. C'est ce à quoi je veux travailler comme ministre responsable des aînés.

C'est une des quatre préoccupations qui avaient été identifiées par les groupes que j'ai rencontrés: le revenu, l'habitation, le transport et la santé. Je dis souvent:

If you want to be independent, you must have the three h's: housing, health and "hincome".

Some hon. members: Oh, oh.

• 1605

Mr. Karpoff: Two of them relate. Certainly housing is the major point, and it is tied in with poverty because housing is a problem only for the poor in Canada; it is not a problem for the rich. Also, the cost of housing is creating poverty amongst the poor.

I look at the steps that this government has taken in its budget in relation to housing, such as doing away with the rental RRAP program, which is devastating to the renovation of facilities that would be economical for the elderly; the dramatic reduction in co-operative housing; the impact of high interest rates, which has made all forms of housing impossible; the increase in the manufacturers' tax after all of us said the 12% manufacturers' tax is so terrible, and it is increased to 12.5%, which has immediately driven up the price of all housing accommodations because of the increase in construction; and the bringing in of the sales tax, which has immediately in Vancouver pushed the house prices up because it is anticipated they are going to go up \$10,000 to \$20,000 in 18 months.

In Vancouver we are down to a vacancy rate of 0.5%. In Toronto, 50% of all renters pay over 30% of their income. I cannot understand how a government that is concerned about seniors can live with this type of housing policy.

Mme Vézina: C'est une autre partie de mes responsabilités de membre du Cabinet que d'essayer d'établir un programme en collaboration avec les autres ministres responsables de portefeuilles, dont le ministre Redway qui est responsable de l'habitation. C'est ce que nous avons commencé à faire. Nous étions ensemble à Vancouver au Congrès des municipalités. Comme membres du même gouvernement, nous voulons essayer de trouver des formules et des solutions adéquates pour les aînés.

Il y a justement un document qui a été présenté dans un rapport. De quel organisme s'agit-il?

Mrs. Hansen: It was funded through SIP and One Voice. The report is from a series of regional workshops that were sponsored on housing.

Mr. Karpoff: I am not interested in regional workshops. There has been an erosion of housing programs, which

[Translation]

That is one of the four concerns that were identified by the groups I met with: income, housing, transportation and health. I often say:

Si vous voulez être autonomes, ça vous prend les trois h: *housing, health, «hincome»*.

Des voix: Oh, oh.

M. Karpoff: Il y en a deux qui sont pertinents. Le logement est certainement le plus important, et il est relié à la pauvreté en ce sens que le logement ne pose des problèmes que pour les pauvres au Canada; il ne pose pas de problèmes pour les riches. Le coût du logement crée la pauvreté des pauvres.

Or, voici les mesures qu'a prises le gouvernement par rapport au logement dans son dernier budget: élimination du PAREL pour les locataires, ce qui aura un effet dévastateur sur la réhabilitation de logements à prix modéré qui conviendraient aux aînés; réduction draconienne du logement coopératif; taux d'intérêt élevés, rendant inabordable toute forme de logement; augmentation de la taxe à la fabrication, qui selon beaucoup d'entre nous était déjà trop élevée à 12 p. cent et qui est maintenant passée à 12,5 p. cent, ce qui a immédiatement fait monter le prix du logement, à cause de la hausse du prix des matériaux de construction; et l'imposition de la taxe de vente, qui, à Vancouver, a immédiatement fait monter les prix des maisons, puisqu'une hausse de 10,000\$ à 20,000\$ est prévue dans les 18 mois à venir.

À Vancouver, seulement 0,5 p. 100 des logements sont inoccupés. À Toronto, 50 p. 100 des locataires consacrent plus de 30 p. 100 de leurs revenus au loyer. Je ne comprends pas qu'un gouvernement qui se préoccupe du sort des aînés puisse, en bonne conscience, adopter une telle politique de logement.

Mrs. Vézina: Another of my responsibilities as a member of Cabinet is to attempt to establish a program in cooperation with the ministers responsible for other portfolios, including the Minister responsible for Housing, Mr. Redway. We have started to do so. We attended the Vancouver convention of municipalities together. As members of the same government, we want to attempt to find formulas and solutions suited to the needs of the elderly.

There was a document submitted as part of a report. Which organization was it?

Mme Hansen: Le Programme d'autonomie des aînés et *One Voice* l'ont financé. Il s'agit d'un rapport rédigé à la suite d'une série d'ateliers régionaux sur le logement.

M. Karpoff: Ce ne sont pas les ateliers régionaux qui m'intéressent. Il y a eu une érosion des programmes de

[Texte]

means that seniors in Vancouver have no place to live. What is your response to that?

Mrs. Vézina: We must work together—Minister Redway and I, the Cabinet and our government—to try to find a solution and the recommendations they ask for.

Mr. Karpoff: The solution is to go back into the social housing and non-market housing to bring down the interest rates and to restore some of these programs. I do not see you standing up and advocating on behalf of seniors for those kinds of programs, and I certainly do not see Mr. Redway. . . He says we are terrible, but this does not help the person who is unable to afford housing; it is creating poverty.

Mrs. Vézina: That is why we intend to work together very closely.

Mr. Karpoff: Municipalities are responsible but this interrelatedness. . . my municipality is going to have to pay \$814,000 extra in unemployment insurance premiums because of the shift from the federal taxpayers. That is \$814,000 less that they have to put into their Sunrise Pavillion and their other seniors' programs.

Ms Greene (Don Valley North): I happen to be in a riding that has not only *The Toronto Star* but also *The North York Mirror*, which is a subsidiary of *The Toronto Star*. I am constantly reading articles that are highly critical of the government and so are my constituents. I get these letters with articles attached. Recently I got this one from *The North York Mirror* and the headline was "Seniors Hit Hardest by the Budget". I am wondering whether your department has done an analysis of the budget impact on senior citizens and whether you have some material for us to provide to our constituents that does analyse the impact.

Secondly, I know you sent out a leaflet with the pension cheques explaining the tax-back for the high-income earners. Are you planning on doing something similar for the goods and services tax that will explain the tax credit and so on that will be available. I think there is an incredible amount of misinformation out there.

• 1610

Mme Vézina: Vous avez tout à fait raison: il est très important de donner de l'information pour que les gens puissent comprendre, de donner une information simple et facile à analyser. C'est ce que le gouvernement a l'intention de faire dans le cas de chaque réforme et de chaque mesure qu'on annoncera.

Pour ce qui est du dernier budget, nous l'avons fait dans le cas l'envoi des chèques. Est-ce qu'une analyse détaillée a été faite de l'évaluation et des conséquences des retombées du budget au niveau du Ministère?

[Traduction]

logement, qui a eu pour résultat que les aînés de Vancouver se retrouvent sans foyer. Quelle est votre réponse à ce problème?

Mme Vézina: Nous devons travailler ensemble, le ministre Redway et moi, le Cabinet et notre gouvernement, afin de trouver une solution et de faire les recommandations qu'ils demandent.

M. Karpoff: La solution, c'est de retourner au logement social et au logement non-commercial, de faire descendre les taux d'intérêt et de rétablir certains de ces programmes. Je ne vous vois pas défendre les intérêts des aînés pour ce qui est de ce genre de programme, et je ne vois certainement pas M. Redway. . . Il nous dit que nous sommes terribles, mais cela n'aide certainement pas la personne qui est incapable de se payer un logement; cela ne fait que créer de la pauvreté.

Mme Vézina: Voilà pourquoi nous avons l'intention de collaborer étroitement.

M. Karpoff: Les municipalités sont responsables, mais tout est relié. . . Ma municipalité va devoir payer 814,000\$ de plus en prestations d'assurance-chômage, puisque le fardeau a été transféré des contribuables fédéraux. Cela veut dire qu'elle aura 814,000\$ de moins pour le *Sunrise Pavilion* et les autres programmes pour personnes âgées.

Mme Greene (Don Valley Nord): Moi, je représente une circonscription où on lit non seulement le *Toronto Star* mais aussi le *North York Mirror*, qui appartient en fait au *Toronto Star*. Je vois tous les jours des articles qui critiquent sévèrement le gouvernement, comme le font mes électeurs. Je reçois des lettres auxquelles on a broché des copies de ces articles. Récemment, on m'en a envoyé un du *North York Mirror*, dont la manchette disait que les aînés seraient les premières victimes du budget. Je me demande si votre ministère a analysé l'impact du budget sur les aînés et si vous avez des documents à ce sujet que nous pourrions fournir à nos électeurs.

Deuxièmement, je sais que vous avez envoyé avec les chèques de pension une brochure expliquant la récupération fiscale touchant les personnes à revenu élevé. Avez-vous l'intention de faire quelque chose de semblable dans le cas de la taxe sur les produits et services, pour expliquer le crédit d'impôt et les autres mesures dont pourraient bénéficier les contribuables? C'est incroyable combien les gens sont mal renseignés à ce sujet.

Mrs. Vézina: You are absolutely right: it is very important for us to provide information that people can understand, that is simple and easy to analyse. That is what the government intends to do for each reform and each measure that is announced.

With regard to the last budget, we did so by sending our information with the cheques. Did the Department conduct a detailed analysis and assessment of the budget's impact?

[Text]

Dr. Glynn: Mr. Chairman, I think the provisions of tax reform dealt with seniors' benefits, and that will certainly assist with this issue. The Minister of Finance has also expressed his intention to have a credit related to low income persons in relation to the proposed federal sales tax, and that will undoubtedly help seniors significantly.

Ms Greene: Do you have anything written on it?

Mr. Pierre Fortier (Director General, Income Security Programs Branch, Ministry of State (Seniors)): In terms of the effects of the claw-back on old age security, as you mentioned there was a note sent to all senior citizens explaining the provision and explaining also that there would be a very limited application of this provision to senior citizens.

Ms Greene: Yes, I am aware of that.

Mr. Fortier: I think that is the extent of the information available.

Ms Greene: I would like to see something drawn up, because I think many seniors have been removed from the tax rolls, particularly very low income ones, and there is also the whole inflationary impact and if we did nothing on high income earners. These are significant points. My impression is that many senior citizens are not buying a lot of goods and services. They already have their home, their accommodation and their furniture, and the portion of their budget would be far less. In fact, they may well have a substantial income adjustment in their favour as a result of the tax credit.

Mme Vézina: C'est pourquoi nous devons donner une information simple et souvent répétée. Il faut absolument que l'on répète que la mesure qui a été annoncée dans le dernier budget touche 4 p. 100 des aînés, soit les personnes qui ont un revenu net de 50,000\$ et plus par année, que toutes les personnes recevront leur pension et qu'il s'agit d'un geste de solidarité et d'un engagement du gouvernement.

Nous travaillons pour les familles qui sont le plus défavorisées, dans la perspective d'une réduction du déficit. Nous avons donc demandé aux personnes âgées qui ont un revenu net de plus de 50,000\$, tout comme aux familles, de participer à la réduction du déficit. Vous avez raison: il faut le répéter, le redire, l'expliquer. Nous devons en tirer une leçon pour la réforme de la taxe. Il faudra l'expliquer simplement pour que les gens comprennent exactement ce à quoi nous travaillons comme gouvernement.

Ms Greene: Good. The other question I have is with respect to the stereotyping of senior citizens that constantly occurs in the media. I know a considerable amount has been done with respect to the disabled, and I am wondering if you are attacking that particular area at all.

[Translation]

Dr. Glynn: Monsieur le président, je crois que la réforme fiscale a abordé la question des avantages pour les personnes âgées, et cela nous aidera certainement à faire face à cette question. Le ministre des Finances a d'autre part déclaré son intention d'offrir un crédit d'impôt relié à la taxe de vente fédérale aux personnes à bas revenu, et cela aidera sans doute considérablement les aînés.

Mme Greene: Est-ce que vous avez un document écrit à ce sujet?

M. Pierre Fortier (directeur général, Direction générale des programmes de sécurité du revenu, ministère d'État (Troisième âge)): Pour ce qui est des effets de la récupération fiscale des pensions de vieillesse, comme vous l'avez déjà noté, on a envoyé un petit mot aux personnes âgées leur expliquant la nouvelle disposition et leur signalant que cette disposition s'appliquerait de façon très limitée aux personnes âgées.

Mme Greene: Oui, je suis au courant de cela.

M. Fortier: Je crois que c'est là toute l'information disponible.

Mme Greene: J'aimerais que l'on rédige quelque chose, car je crois que beaucoup de personnes âgées ont été rayées du rôle, surtout les aînés à bas revenu, et il y a aussi toute la question de l'effet inflationniste qui s'ensuivrait si l'on ne prenait aucune mesure visant les personnes à revenu élevé. Ce sont là les questions importantes. Moi, j'ai l'impression que beaucoup de personnes âgées n'achètent plus tellement de biens ni de services. Ils ont déjà leur maison, leur mobilier, et ainsi ils consacraient une bien moins grande partie de leur budget à ce genre de dépenses. En fait, du point de vue du revenu, ce crédit d'impôt pourrait bien représenter, pour eux, un bénéfice important.

Mrs. Vézina: That is why we must provide simple information and repeat it often. We must tell them over and over that the measure announced in the last budget affects 4 % of seniors, namely people whose annual net income is \$ 50,000 or more, that everybody will continue to receive their pension, and that this is a gesture of solidarity and a commitment on the part of the government.

We are working to help the most disadvantaged families in the context of deficit reduction. Thus, we have asked seniors whose net income is greater than \$ 50,000, just as we asked families, to participate in reducing the deficit. You are right: we must repeat the point, restate it, explain it. We must draw a lesson on tax reform from it. We shall have to explain the matter simply so that people understand exactly what we are working toward as a government.

Mme Greene: Très bien. L'autre question que je voulais vous poser concerne le stéréotype des personnes âgées que l'on retrouve constamment dans les médias. Je sais qu'il s'est fait beaucoup de choses par rapport aux handicapés, et je me demande si vous abordez aussi ce domaine-là.

[Texte]

Mrs. Vézina: That is why I travel across Canada, to explain what I have found when I am speaking about seniors. They are a dynamic force, not a burden for our government. We have a lot to say about this, and it is very successful.

Ms Greene: Are you approaching advertisers?

Mrs. Hansen: We have a number of communication programs in place. One of them is to direct accurate information about the portrayal of seniors to advertisers, to media, to the general public and certainly in anything that is being produced. For the people we are approaching we are keeping that in mind, primarily by involving older people themselves in the development and the portrayal of any of the material we do.

• 1615

Mme Vézina: Le programme d'autonomie des aînés a pour objectif de maintenir le plus longtemps possible l'autonomie et l'indépendance des personnes âgées. Nous avons donc appuyé l'organisation de colloques de personnes âgées qui se regroupent et qui travaillent à partir de thèmes bien précis. Les personnes que j'ai rencontrées au cours de mes visites sont des personnes actives qui veulent continuer de faire du bénévolat, mais qui veulent aussi continuer de travailler au niveau du secteur privé pendant deux ou trois heures par jour. Il y a donc une image sociale qui est à changer. C'est ensemble que nous y arriverons.

Selon le dernier recensement, 8 p. 100 des personnes âgées sont en institution, alors que 92 p. 100 d'entre elles sont autonomes et indépendantes.

Ms Phinney (Hamilton Mountain): I have been meeting recently with very large groups of seniors who have been trying to figure out where their own frustration lies. They know as they get older and they get physically less able to do things. It was in the last session that they finally were able to narrow it down. They know they get to a point where they can no longer go out and do this volunteer work physically, or they cannot contribute very much physically. But they can add much more to the country than most of those of us who are not seniors, intellectually and, for want of another word, maybe spiritually. Maybe experience goes in with that. They are wondering if there is any way that capacity, which is now better than that of the rest of us who are not at that stage yet, can be tapped. It is a bit of a philosophical question, but that is where they feel they can contribute. They want to contribute to the world, they know they have it up here and in here, but how are we going to get that out and use it?

Mrs. Vézina: But it is a change of attitude. We must repeat that ageing is a natural process, not an illness. That is why we must work together as municipalities, as

[Traduction]

Mme Vézina: C'est justement pour cette raison que je voyage partout au Canada, pour expliquer ce que j'ai découvert au cours de mes entretiens avec les aînés. Ils sont une force dynamique, et non un fardeau pour notre gouvernement. Nous avons beaucoup de choses à dire à ce sujet, et nous l'avons fait avec beaucoup de succès.

Mme Greene: Avez-vous parlé aux publicitaires?

Mme Hansen: Nous avons établi plusieurs programmes de communication. L'un d'entre eux vise à fournir des renseignements qui donnent une image exacte des aînés aux publicitaires, aux médias, à la population générale, et certainement à quiconque participe à l'élaboration de matériaux pour le ministère. Nous gardons cela en tête quand nous abordons les divers intervenants, surtout en essayant de faire participer les aînés eux-mêmes à l'élaboration des matériaux que nous produisons et à la création de l'image projetée par eux.

Ms. Vézina: The objective of the Seniors Independence Program is to enable senior citizens to remain independent and self-sufficient for as long as possible. We have provided support for the organization of forums of senior citizens on specific issues. The people I met during my visits were active and wanted to continue doing volunteer work, but also wanted to work in the private sector for 2 or 3 hours a day. So, there is a social image that has to be changed. It is by working together that we will be able to do so.

According to the last census, 8 % of senior citizens are in institutions, while 92 % are self-sufficient and independent.

Mme Phinney (Hamilton Mountain): J'ai récemment assisté à plusieurs rencontres avec de très grands groupes d'aînés qui cherchaient à déterminer quelle était la source de la frustration qu'ils ressentaient. Ils savent qu'à mesure qu'ils vieillissent, leurs capacités physiques diminuent. C'est pendant la dernière rencontre qu'ils ont enfin réussi à cerner le problème. Ils savent qu'ils en arrivent à n'être plus, physiquement, en mesure de sortir pour faire du bénévolat, ou à n'avoir plus grand-chose à contribuer, du point de vue physique. Cependant, du point de vue intellectuel, voire même spirituel, ils ont un apport beaucoup plus important à faire que ceux qui sont encore dans la force de l'âge. Peut-être que c'est le produit de leur expérience. Ils se demandent s'il y a moyen d'exploiter cette ressource, qu'ils ont mieux développée que nous qui sommes plus jeunes. C'est une question un peu philosophique, mais c'est ce qu'ils croient pouvoir faire. Ils veulent contribuer, ils savent qu'ils ont dans la tête et dans le cœur quelque chose à contribuer, mais comment faire pour exploiter ces ressources?

Mme Vézina: Il faut un changement d'attitude. Nous devons répéter que le vieillissement est une évolution naturelle, et non une maladie. Voilà pourquoi il faut

[Text]

provincial governments, as the private sector, to respect this new situation.

Ms Phinney: That does not answer the question. It is a new concept for me too. I am not sure what we can do, but there is a skill there, an ability there, something we have not tapped into. I do not know how we are going to. . . I am just—

Mme Vézina: Nos programmes ont justement pour objectif de changer les mentalités et de faire en sorte que les personnes âgées continuent d'être actives. M^{me} Hansen peut vous donner quelques exemples de programmes qui nous aideront à atteindre l'objectif que vous visez.

Ms Hansen: I think with new technology there may be some very interesting ways of tapping that resource. A project is being funded in Winnipeg that is a tele-conferencing project to reach seniors in rural areas of Manitoba and to link them up with students and others to share in a two-way exchange of information and education. I think there are other projects that have been funded. The difficulty is in finding out how to tap those resources and how to provide the necessary support to those groups to be able to find some interesting ways. . . But it is certainly something that will be stimulated through the various funding programs, to try to support those kinds of things.

Dr. Glynn: We recently co-sponsored, with the Canadian Medical Association, a conference on medical education, and one of the issues that came up was the interaction of seniors with medical students. I know there are a number of colleges of medicine in this country that are actually allowing seniors to talk to medical students—quite healthy, normal seniors talking to medical students—about the ageing process. I think that is a good example of what you are talking about: letting them share their life experience with medical students so they understand how to deal with seniors who walk into their offices. As Signy said, through technology we can do that and maybe get around some impediments to travel, etc., that we could not before.

• 1620

Ms Phinney: They could even help a senior politician.

Mr. Halliday (Oxford): I want to congratulate the minister on arriving at her second career here, probably past her early forties, and skilfully answering questions, and picking up a second language to boot.

Just two questions. One is acknowledging the fact that we are living in a consumer age, increasingly, and having been involved, as Mrs. Greene has been, with disabled

[Translation]

travailler de pair avec les municipalités, les gouvernements provinciaux, le secteur privé, afin de répondre à ces nouvelles circonstances.

Mme Phinney: Cela ne répond pas à ma question. Pour moi aussi, c'est un concept nouveau. Je ne sais pas au juste ce que nous pouvons faire, mais il y a là des compétences, des capacités, que l'on n'a pas encore exploitées. Je ne sais pas comment nous devons nous y prendre pour. . . je ne fais que—

Ms. Vézina: The objective of our programs is in fact to change attitudes and to ensure that senior citizens remain active. Mrs. Hansen can give you a few examples of programs that will help us reach the objective you have in mind.

Mme Hansen: Je crois que les nouvelles technologies nous fourniront peut-être des moyens intéressants d'exploiter ces ressources. On finance actuellement à Winnipeg un projet de téléconférence reliant les aînés vivant dans des secteurs ruraux du Manitoba à des étudiants et d'autres personnes afin de permettre un échange d'information et une éducation mutuelle. Je crois que d'autres projets sont aussi financés. La difficulté, c'est de trouver le moyen d'exploiter ces ressources et de fournir l'appui nécessaire aux groupes pour que l'on puisse trouver des façons intéressantes. . . Mais, le financement offert par l'entremise de ces divers programmes encouragera certainement ce genre de projets.

Dr Glynn: Nous avons récemment coparrainé, avec l'Association médicale canadienne, une conférence sur l'enseignement de la médecine, et l'une des questions soulevées fut l'interaction entre les aînés et les étudiants en médecine. Je sais que plusieurs écoles de médecine au Canada permettent aux aînés de parler aux étudiants en médecine—il s'agit là d'aînés tout à fait normaux, en bonne santé—du vieillissement. Je crois que c'est là un bon exemple du genre de choses que vous proposez: on leur permet de partager l'expérience qu'ils ont acquise avec des étudiants en médecine, afin que ces derniers comprennent comment traiter les aînés qui leur font appel. Comme l'a dit Signy, la technologie nous permet de faire ce genre de choses et peut-être même de contourner certains obstacles, au déplacement par exemple, que nous ne pouvions surmonter auparavant.

Mme Phinney: Ils pourraient même aider un homme politique âgé.

M. Halliday (Oxford): Je tiens à féliciter la ministre d'avoir entrepris une deuxième carrière ici. Elle est probablement dans la quarantaine avancée et elle répond habilement à nos questions; et ce qui plus est, elle apprend une langue seconde.

Je n'ai que deux questions à poser. Nous vivons une ère qui est de plus en plus axée sur la consommation, et si l'on a beaucoup travaillé avec les handicapés, comme l'a

[Texte]

people a fair bit, we are learning that they are very important. Just one simple question; I do not want to be unfair and maybe the Treasury Board puts restraints on you, but of your 12 person-years, how many of them are seniors?

Mrs. Vézina: We are working as 36.

Mr. Halliday: Would it perhaps be a goal of your department now? Would you be allowed, under the civil service regulations, to hire, to put seniors in your secretariat so they would satisfy the needs of being consumers themselves?

Mme Vézina: Je vais d'abord vous expliquer pourquoi nous avons 12 personnes. On doit répéter que le Ministère a été créé le 27 août 1988. C'est donc un très jeune ministère. À ce moment-là, nous avons obtenu des années-personnes pour établir les programmes rattachés à la responsabilité. Pendant les mois de juillet et août, je veux analyser toute l'information qui a été envoyée par des personnes âgées depuis 1984 et ensuite faire des recommandations au Cabinet. Compte tenu du fait qu'en l'an 2000, un Canadien sur cinq sera âgé de 65 ans et plus, j'ose espérer que le Conseil du Trésor pourra tenir compte de nos demandes et du travail qu'il reste à faire et augmenter le nombre de nos années-personnes.

Cela dit, je dois rendre hommage au Secrétariat qui fait un travail extraordinaire. Les personnes âgées sont des personnes qui écrivent beaucoup, qui communiquent beaucoup, et le travail est énorme. Avec les années-personnes que nous avons, nous essayons de répondre aux besoins. Cela peut expliquer certains retards. Pour ma part, je suis très satisfaite, mais nous ferons l'évaluation du Ministère ainsi que des recommandations.

Peter et Signy ont peut-être des choses à ajouter étant donné qu'ils sont dans le quotidien des opérations.

Ms Hensen: No, I think your point is very well taken. We do not have anyone over the age of 65 working in the secretariat. We have tried to consult as much as possible by bringing in older people on whatever issue it is that we are dealing with. We have had focus groups across the country, but we do not have any seniors.

Mrs. Vézina: But we have many volunteers working for us.

Mr. Halliday: I appreciate your efforts, but I would point out that in dealing with governments and with the public servants we have learned that, as far as disabled people are concerned, we repeatedly ask that question year after year and eventually we do get more disabled people hired. Maybe we will do the same with the issue of seniors working in your secretariat.

Mrs. Vézina: Yes.

Mr. Halliday: My second question relates to the issue of health care for seniors. I am aware of your statement in here that all forms of discrimination that affect seniors you are going to fight very vigorously, acknowledging the importance of preventive medicine and trying to keep

[Traduction]

fait M^{me} Greene, on apprend que ces gens-là sont très importants. Une petite question; je ne veux pas être injuste et il se peut que le Conseil du Trésor ait limité vos dépenses, mais combien de vos 12 années-personnes sont des personnes âgées?

Mme Vézina: Nous faisons le travail de 36.

M. Halliday: Est-ce un des objectifs de votre ministère? Vous est-il possible, selon les règlements de la Fonction publique, d'engager des personnes âgées dans votre secrétariat afin qu'ils puissent répondre eux-mêmes à leurs besoins en tant que consommateurs?

Ms. Vézina: I will first explain why we have 12 persons. I should repeat that the Department was created on August 27th, 1988. It is, therefore, a very young department. At the time, we obtained person-years to set up programs within our jurisdiction. Over July and August, I intend to analyse all the information sent in by seniors since 1984. I will then make recommendations to Cabinet. Given the fact that in the year 2000, one in five Canadians will be 65 years of age or older, I would hope that Treasury Board will bear in mind our needs and the work that remains to be done and will increase our person-years.

Having said this, I should congratulate the Secretariat on the extraordinary work it has accomplished. Seniors are people who write a lot, who communicate a lot, and our workload is enormous. We're trying to do our job with the person-years that we have. This might explain certain delays. Personally, I am very satisfied, but we will be assessing the Department as well as making recommendations.

Peter and Signy may have something to add since they are involved in the day-to-day running of our operations.

Mme Hensen: Vos observations sont fort valables. Nous, nous n'avons pas d'employés de plus de 65 ans au Secrétariat. Nous consultons autant que possible les aînés au sujet des questions dont nous traitons. Nous avons créé des groupes de discussion partout au pays, mais nous n'avons pas d'employés âgés.

Mme Vézina: Mais nous collaborons avec beaucoup de bénévoles.

M. Halliday: Vos efforts sont louables. Cependant, je tiens à vous faire remarquer que lorsque nous essayons de faire engager des handicapés par la fonction publique, nous avons appris qu'à force de reposer cette question au gouvernement et aux fonctionnaires année après année, on finit par engager davantage de handicapés. Peut-être qu'il nous faudrait faire la même chose pour faire engager des personnes âgées dans votre secrétariat.

Mme Vézina: Oui.

M. Halliday: Ma deuxième question porte sur les soins de santé dispensés aux gens du troisième âge. Vous dites que vous allez vous battre contre la discrimination faite aux personnes âgées, que vous reconnaissez l'importance de la médecine préventive et que vous tentez d'améliorer

[Text]

younger people living longer so they become seniors—and that is going to put more pressure on the health care system as more people stop smoking and live a better lifestyle.

These same people, even though they have a good lifestyle as seniors, are going to eventually develop degenerative diseases and an increasing number of them are going to require replacement of parts, for example, transplants of various sorts.

I get worried that the increasing costs and burden on the health care system of this will be that at some stage—we are beginning to get vibes about this now from certain places—a day will come when governments will declare or decree that nobody over the age of 75 will be allowed to have a kidney transplant, for example, or nobody over 80 will get a heart transplant—that sort of decree by government, not based on medical necessity at all but based on age.

I know it is not your specific responsibility, but would you be prepared to recommend to your colleague, the Minister of Health, that funding should be denied any province that bases the availability of health care on age?

• 1625

Mme Vézina: C'est un point très important. La stratégie globale de la situation des aînés devrait, bien sûr, englober une préoccupation sociale comme celle que vous venez d'évoquer. Il faudra absolument que nous trouvions des responsabilités partagées, tout en respectant la juridiction du provincial dans le domaine de la santé; il faut aussi respecter la juridiction du fédéral dans le domaine de la recherche. Cela fait partie de la réflexion que nous devons faire comme collectivité. Quelles mesures mettrons-nous en place pour nous assurer que les personnes âgées soient en bonne santé et aient un droit égal, sans discrimination en raison de l'âge? Je soutiens que nous devons faire disparaître la discrimination en raison de l'âge et la remplacer par l'équité et l'égalité des générations.

Mr. Halliday: That was a very good political answer, Minister, and I accept it. But I would emphasize that we really have to be careful that we do not allow this kind of discrimination to enter into our health care system. I am afraid we are heading for it, if we are not very careful.

Mrs. Vézina: I will take care of this red light.

Mr. Wilbee (Delta): Welcome to the committee.

It is interesting to note that growing old is the fastest-growing industry in Canada, and rapidly expanding. I think you are in charge of an exciting field and I would certainly encourage you to continue to expand and develop the area.

[Translation]

la santé des gens moins âgés afin qu'ils puissent devenir des citoyens du troisième âge. Cela va augmenter les pressions qui s'exercent sur notre système des soins de santé au fur et à mesure que les Canadiens cesseront de fumer et adapteront des modes de vie plus sains.

Ces mêmes personnes, même si elles adoptent de bonnes habitudes hygiéniques en vieillissant, vont tôt ou tard souffrir de maladies de dégénérescence. De plus en plus d'entre eux vont avoir besoin de certaines interventions chirurgicales, de greffes d'organes, par exemple.

Je crains que le fardeau financier de plus en plus lourd que doit supporter notre système de soins de santé n'ait des conséquences graves à l'avenir. On commence à en discuter maintenant. Le jour viendra où les gouvernements décréteront qu'on ne permettra plus aux personnes qui ont plus de 75 ans de se faire faire une greffe de rein, par exemple, et que personne de plus de 80 ans ne pourra se faire faire une transplantation du cœur. Ces genres de décrets seraient fondés sur l'âge et non sur les exigences médicales.

Je sais que cela ne relève pas de votre compétence, mais êtes-vous prête à recommander à votre collègue, le ministre de la Santé, qu'on refuse des crédits à toute province qui ferait de l'âge un critère de l'accès aux soins de santé?

Ms. Vézina: That is a very important point. Our overall strategy for seniors should, of course, address social concerns such as those you have just described. Although provincial jurisdiction in the area of health and federal jurisdiction in the area of research will be respected, it is absolutely imperative that responsibility be shared. These are the kinds of concerns that we should be discussing as a nation. What are we going to do to make sure that our senior citizens are healthy and do not suffer discrimination because of their age? I maintain that we have to eliminate age-based discrimination and replace it with fairness and equality between generations.

M. Halliday: C'est là une réponse très habile du point de vue politique, madame la ministre, et je l'accepte. Mais je tiens à souligner le fait qu'il faut veiller à ce que ce genre de discrimination ne se manifeste pas dans notre système des soins de santé. Si nous ne sommes pas vigilants, je crains que cela ne soit inévitable.

Mme Vézina: Je tiendrai compte de cet avertissement.

M. Wilbee (Delta): Je vous souhaite la bienvenue au comité.

Il est intéressant à signaler que l'industrie du vieillissement est celle qui connaît l'expansion la plus rapide au Canada. Vous vous occupez d'un domaine passionnant et je vous encourage à en étendre la portée.

[Texte]

I did notice that you are putting \$4 million into research for Alzheimer's and osteoporosis, but I think other areas are probably as significant or more significant.

I am thinking specifically of depression in the elderly. We could give examples of how depression can of course mimic Alzheimer's. Many people have been called Alzheimer's... who may indeed be strictly suffering depression. Is your department taking any type of leadership on the whole facet of diseases of aging, rather than concentrating on one or two, to expand the whole field in Canada, the research particularly?

Mme Vézina: Tout ce qui relève de la santé et du bien-être social est de la responsabilité du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. En tant que ministre responsable des aînés, j'ai une responsabilité que je partage avec le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Nous avons demandé un fonds de recherche spécial pour tenir compte des besoins spécifiques des aînés. Bien sûr, le ministre Beatty a toujours la responsabilité ultime au niveau de la santé.

How do we share the responsibility in this Cabinet when we are speaking about health especially in this issue about Alzheimer's?

Dr. Glynn: One of the reasons why we concentrated on those two areas was because they were identified as particularly important to seniors' independence. Certainly in the case of Alzheimer's there was concern that we did not know enough about the disease and indeed we did not know enough about the prevalence of the disease. That is one focus of the program.

This does not mean that we will not work on other things. It is interesting that one of our federal-provincial advisory committees, the one on mental health, has identified the very issue you raised as important. There is now a working group, as the minister mentioned earlier... our collaboration with the provinces. A group of officials is working on what is called psychogeriatrics, which is exactly the issue you are talking about, to identify issues of service, research, and education.

Through the National Health Research and Development Program, which I happen to be responsible for, there are also projects that could be funded if the university researchers come forward with ideas to do this. So we can respond, if the ideas are in the community. But we did not want to take that amount of money and sort of spread it over everything and do a bad job at all of those. We said that we should get on with these two areas first, and then see what else we need to do.

Mr. Wilbee: I would like to explore that, but I would like to ask a question to do with the financial protection of seniors. There has been concern about housing and so on. A situation which I have run into on several occasions

[Traduction]

J'ai remarqué que vous allez consacrer quatre millions de dollars aux recherches sur la maladie d'Alzheimer et l'ostéoporose. Cependant, j'estime que d'autres domaines de recherche sont tout aussi importants.

Je pense particulièrement au cas de dépression nerveuse chez les personnes âgées. Les symptômes de la dépression nerveuse peuvent ressembler à ceux de la maladie d'Alzheimer à s'y méprendre. On a diagnostiqué la maladie d'Alzheimer chez des gens qui ne souffraient que d'une dépression nerveuse. Votre ministère prend-il l'initiative en ce qui concerne toute la gamme des maladies liées au vieillissement. Entend-il étendre la portée des recherches dans ce domaine au Canada, plutôt que de se concentrer sur une ou deux maladies?

Ms. Vézina: Anything that has to do with health and welfare falls within the purview of the Minister of National Health and Welfare. As Minister responsible for seniors, I have a shared responsibility with the Minister of Health and Welfare. We have asked for a special research fund in order to deal with seniors' specific needs. Mr. Beatty, of course, has always had final responsibility where health is concerned.

Comment partageons-nous la responsabilité au sein du Cabinet lorsqu'il est question de la santé et notamment en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer?

Dr. Glynn: Nous nous sommes concentrés sur ces deux domaines en partie parce qu'il s'agit de maladies qui risquent de diminuer de façon importante l'autonomie des personnes âgées. Pour ce qui a trait à la maladie d'Alzheimer, notre peu de connaissances, notamment sur sa fréquence, nous préoccupait. Notre programme vise, entre autres, à combler ces lacunes.

Ce n'est pas à dire que nous n'allons pas aborder d'autres questions. Il est intéressant à constater que le comité consultatif fédéral-provincial sur la santé mentale a accordé une importance toute particulière à la question que vous venez de soulever. On a mis sur pied un groupe de travail, comme la ministre vient de le dire, et nous collaborons avec les provinces. Certains fonctionnaires s'occupent de psychogériatrie—c'est-à-dire le domaine dont vous parlez—afin de déterminer nos besoins dans le domaine des services, de la recherche et de l'éducation.

Par le biais du Programme national de recherche et de développement en matière de santé, programme qui relève de ma compétence, nous sommes prêts à financer des projets si les chercheurs universitaires nous présentent des idées valables. Nous sommes prêts à soutenir tous les projets qui sont mis de l'avant. Toutefois, nous ne voulions pas trop disperser les crédits à notre disposition. Nous avons cru que nous ferions mieux de nous concentrer d'abord sur ces deux domaines, et ensuite de déterminer les autres besoins.

M. Wilbee: Je voudrais discuter de cela, mais d'abord j'aimerais poser une question au sujet de la protection financière des gens du Troisième Âge. On a soulevé les problèmes du logement, etc.. Il y a un autre problème que

[Text]

is where seniors are fleeced by sons, nephews, home repair artists, and so on. It seems invariably that the money is gone, it just disappeared, and the seniors who worked hard for a lifetime to get this little nest egg are left with nothing. Is there any way your department is working to protect our senior citizens? They want to be kind; they want to be loved; and they hate to say no, some of them; and they are very vulnerable.

• 1630

Mrs. Vézina: It is a very sensitive area. But it seems we have a federal and provincial Department of Consumer and Commercial Affairs that looks into these matters.

Dr. Glynn will answer your question, and I will learn at the same time.

Dr. Glynn: The consumer fraud issue is something that is a particular interest of both Consumer and Commercial Affairs federally and whatever it may be called in the provinces, and I think one of their emphases is actually on seniors and commercial fraud. Also, the RCMP takes a particular interest in this issue as well. So there are some things going on. But it is the responsibility of CCA.

Mme Nicole Roy-Arcelin (députée d'Ahuntsic): Je ne voudrais pas raccourcir mes compliments à M^{me} Vézina. Nous sommes tous et toutes très fiers d'elle, car elle fait très bien ce qu'elle fait.

Aussi incroyable que cela puisse paraître en 1989, certaines enquêtes révèlent que de mauvais traitements sont infligés aux personnes âgées dans certains établissements résidentiels.

Est-ce qu'il n'y aurait pas moyen d'encourager les gouvernements provinciaux à améliorer la situation dans ces établissements, en donnant une meilleure formation au personnel, en le rendant plus conscient des besoins et des désirs des personnes âgées et en fournissant un espace vital plus adéquat? On sait que ce n'est pas possible de vivre en institution comme chez soi, mais on pourrait au moins fournir un milieu institutionnel idéal.

Mme Vézina: La violence qui est faite aux personnes âgées me préoccupe aussi. J'ai même participé par intérêt personnel à quelques colloques où il était question de la violence faite à toute personne humaine, entre autres aux femmes. Au gouvernement, on a des politiques et des programmes pour remédier à la violence qui est faite aux familles, les familles incluant les personnes âgées, les femmes et les enfants.

Il y a une relation provinciale, parce que les personnes âgées vivant en institution sont une responsabilité provinciale. Lorsque l'on parle des personnes âgées qui demeurent dans leur maison et qui sont autonomes, cela

[Translation]

j'ai constaté; il y a des personnes âgées qui sont escroquées par leurs fils, leurs neveux, des réparateurs malhonnêtes, et ainsi de suite. Il semble qu'inévitablement, cet argent leur est filouté; il disparaît tout simplement. Et les personnes âgées qui ont travaillé toute une vie pour avoir ce petit bas de laine n'ont plus rien. Est-ce que votre ministère fait quelque chose pour protéger nos gens du Troisième Âge? Ils veulent être gentils; ils veulent être aimés; et certains d'entre eux ne savent pas dire non. Ils sont très vulnérables.

Mme Vézina: C'est une question très délicate mais les ministères fédéral et provinciaux de protection des consommateurs ont des services qui s'occupent de ce genre de dossier.

M. Glynn répondra à votre question et je prendrai moi-même bonne note de sa réponse.

Dr. Glynn: La fraude des consommateurs est un problème sur lequel se penchent et le ministère des Consommateurs et des Sociétés au niveau fédéral et son équivalent au niveau provincial. Je pense que l'escroquerie pratiquée à l'égard des personnes âgées par des entreprises commerciales est l'un des domaines sur lesquels ils concentrent leurs efforts. Par ailleurs, la GRC s'y intéresse tout particulièrement. On s'attaque donc à ces problèmes. Mais cela relève de la compétence du ministère des Consommateurs et des Sociétés.

Ms. Nicole Roy-Arcelin (Ahuntsic): I would not want to be niggardly in my compliments to Madam Vézina. We are all very proud of her because she is doing her job very well.

As incredible as it may seem in 1989, some investigations have shown that the elderly are being abused in certain residential facilities.

Is there no way of encouraging provincial governments to improve the situation in these residences, by providing staff with better training, by making them more aware of the needs and desires of the elderly and by providing more adequate living space? I know that living in an institution can never be like living at home, but we could at least have the best institutional environment possible.

Ms. Vézina: I am also concerned with violence against old people. I have even taken part, out of personal interest, in several symposia on the topic of violence against human beings, against women, among others. The government has policies and programs to deal with family violence; and families include the elderly, women and children.

There is a provincial element involved, because seniors who live in an institution are a provincial responsibility. When we're discussing old people who live at home and who are independent, this is a social responsibility. It is

[Texte]

devient une responsabilité sociale. Il faut absolument qu'on en parle et qu'on trouve les moyens d'arrêter cette violence.

Dans chaque province où je vais, je me fais un devoir de rencontrer le ou la ministre responsable des aînés pour échanger sur les formules et les façons de collaborer. Je souhaite qu'à la fin de ma tournée pancanadienne, nous puissions faire une rencontre fédérale-provinciale pour vraiment mettre en place les mécanismes et les responsabilités ayant trait aux services de santé, y compris la violence et la formation des professionnels qui prennent soin des personnes âgées.

Il y a donc une responsabilité qui doit être partagée, mais clairement identifiée. Il faut s'assurer que les aînés au Canada, de quelque province que ce soit, soient bien traités au niveau des services et des traitements.

Mme Roy-Arcelin: C'est très important parce qu'un jour, ce sera notre tour.

Mme Vézina: Je dis souvent que je travaille pour l'avenir, pour le mien et le vôtre. Vous avez raison, monsieur Wilbee: j'ai la prétention de penser que je suis la ministre la plus importante du Cabinet, puisqu'en l'an 2,000, le Ministère touchera un Canadien sur cinq.

The Chairman: Thank you very much, Madam Minister. We appreciate your appearing before us today.

I cannot help but think of a conversation I had last year during the extreme drought in western Canada with a neighbour of mine, an elderly farmer. When I asked how he had made out and what crops he had last year, he said the only thing he grew was older when he saw what happened. I guess we are all growing that crop.

• 1635

I do thank you and the officials who have appeared before us earlier to brief us on some of these areas. We appreciate very much the time you have spent with us, but I would ask that you come back and meet with us, not on a regular basis but at various times, because issues come up from time to time on which we would really like to question you. I think you should be aware of what the committee is doing, and we invite you to come at any time and appear before us. Thank you again.

Mrs. Vézina: I must say before leaving that I appreciate your collaboration and I will be pleased to be with you as often as you wish.

The Chairman: Thank you.

This meeting stands adjourned.

[Traduction]

absolutely necessary that we talk about this problem and that we find a way to stop the violence.

In every province I visit, I make a point of meeting with the Minister responsible for the elderly so that we can exchange ideas on ways of working together. I hope that at the end of my cross-Canada tour, we will be able to hold a federal-provincial meeting in order to determine the mechanisms needed in health care, including means of dealing with violence and training professionals who care for the elderly.

Responsibilities must be shared, but clearly identified. We must ensure that Canada's senior citizens, no matter what province they live in, are well-treated.

Ms. Roy-Arcelin: It is very important because one day it will be our turn.

Ms. Vézina: I often say that I'm working for the future: yours and mine. You are right, Mr. Wilbee: I do claim to be the most important Minister in the Cabinet, because in the year 2000, my Department will affect one in five Canadians.

Le président: Madame la ministre, merci beaucoup. Nous sommes reconnaissants que vous ayez comparu devant ce comité aujourd'hui.

Je ne peux m'empêcher de penser à une conversation que j'ai eue l'année dernière avec un de mes voisins, un agriculteur âgé. C'était pendant la grande sécheresse qui sévissait dans les Prairies. Je lui ai demandé comment ça allait, comment il avançait dans son travail. Il m'a répondu qu'après tout ce qui c'était passé, il n'avancait en rien, sauf en âge. Je pense que c'est notre cas à nous tous.

Merci à vous et aux fonctionnaires qui ont comparu plus tôt pour nous renseigner sur quelques-uns de ces domaines. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir pris le temps de venir témoigner devant ce comité. Mais je voudrais vous demander de revenir nous parler—non de façon régulière mais de temps en temps—parce qu'il y a des questions qui surviennent donc nous aimerions discuter avec vous. Je pense que vous devriez vous tenir au courant du travail du comité et nous vous invitons à venir comparaître devant nous n'importe quand. Encore une fois, merci.

Mme Vézina: Avant de partir, je tiens à vous dire combien votre collaboration nous est précieuse et que je me ferai un plaisir de comparaître ici aussi souvent que vous le voudrez.

Le président: Merci.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Department of National Health and Welfare:

Dr. Peter Glynn, Assistant Deputy Minister, Health
Services and Promotion Branch;

Pierre Fortier, Director General, Income Security
Programs Branch;

Signy Hansen, Executive Director, Seniors Secretariat.

TÉMOINS

Du Ministère de la santé nationale et du bien-être social:

Peter Glynn, sous-ministre adjoint, directeur général
des Services et de la promotion de la santé;

Pierre Fortier, directeur général, Direction générale des
programmes de la sécurité du revenu;

Signy Hansen, directrice exécutive, Secrétariat du
troisième âge.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 9

Wednesday, September 27, 1989

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 9

Le mercredi 27 septembre 1989

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Main Estimates 1989-90:

Vote 25 under EMPLOYMENT AND
IMMIGRATION

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1989-1990:

crédit 25 sous la rubrique EMPLOI ET
IMMIGRATION

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Bruce Halliday
Joy Langan
Jean-Claude Malépart
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Le greffier du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, SEPTEMBER 27, 1989

(11)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 6:08 o'clock p.m. this day, in Room 209 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White, Stan Wilbee.

Acting Members present: Dawn Black for Chris Axworthy; Shirley Maheu for Jean-Claude Malépart; Rey Pagtakhan for Paul Martin.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the Canadian Advisory Council on the Status of Women: Sylvia Farrant, First Vice-President; Lise Benoit, Director of Administration; Judith Nolte, Senior Advisor.

The Committee resumed consideration of the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1990, in accordance with its Order of Reference dated Friday, April 28, 1989. (*See Minutes of Proceedings, Thursday, June 8, 1989, Issue No. 3*).

The Chairman called Vote 25 under EMPLOYMENT AND IMMIGRATION.

Sylvia Farrant made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

At 7:50 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 7:58 o'clock p.m., the Committee resumed *in camera* to consider future business.

At 8:28 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 27 SEPTEMBRE 1989

(11)

[Texte]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 18 h 08 dans la salle 209 de l'Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White, Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Dawn Black remplace Chris Axworthy; Shirley Maheu remplace Jean-Claude Malépart; Rey Pagtakhan remplace Paul Martin.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: Du Conseil consultatif canadien de la situation de la femme: Sylvia Farrant, première vice-présidente; Lise Benoit, directrice de l'administration; Judith Nolte, conseillère principale.

Conformément à l'ordre de renvoi du vendredi 28 avril 1989, le Comité reprend l'examen du Budget des dépenses principal pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1990. (*Voir Procès-verbal du jeudi 8 juin 1989, fascicule n° 3*).

Le président met en délibération le crédit 25 sous la rubrique EMPLOI ET IMMIGRATION.

Sylvia Farrant fait une déclaration et, avec les autres témoins, répond aux questions.

À 19 h 50, la séance est levée.

À 19 h 58, la séance reprend à huis clos et le Comité examine ses travaux à venir.

À 20 h 28, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Wednesday, September 27, 1989

• 1808

The Chairman: Ladies and gentlemen, I call the meeting to order. This is the first meeting of this session of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and Status of Women; we have all kinds of things on our plate.

Before we begin, may I just extend to the members greetings to welcome all of you back. I hope that your summer was enjoyable and productive and that you had some time to recharge your batteries. It looks as though the schedule of the House and this committee is going to keep everyone around here busy. I look forward to working with you again.

I remind committee members, before we hear from the witnesses, that we are going to hold a meeting of the committee following this, if you could see your way clear to stay around, to discuss the ongoing business of the committee. We will bring you up to date on the subcommittee on agenda, which met yesterday.

Without further ado, we are here under the main estimates for 1989 and 1990. We will be calling Vote 25 under Employment and Immigration. At this time, I would like to introduce the witnesses. We have with us Sylvia Farrant. I will ask you in a moment, Sylvia, if you would introduce those people you have with you.

• 1810

I apologize to your organization because of the delay we had in meeting last spring. There were two occasions in which you were scheduled. One, I recall, we had a vote just as we were getting into the meeting and we all left for the House; and the other, I believe, we had other witnesses appearing before the committee and it took longer than we anticipated. So on behalf of the committee, I do apologize. However, we are extremely grateful for your presence here this evening.

We look forward to hearing your evidence, and we have ample opportunity, I think, for members of the committee who wish to ask questions of you following the presentation. I would call on you at this time for your presentation and ask you to introduce those who are with you.

Ms Sylvia Farrant (First Vice-President, Canadian Advisory Council on the Status of Women): Thank you very much, Mr. Chairman.

I am very pleased to appear before this committee to present the Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates for 1989-90.

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mercredi 27 septembre 1989

Le président: Mesdames et messieurs, je déclare la séance ouverte. C'est la première fois cette que siège le Comité permanent de la Santé et du Bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine; nous avons beaucoup de pain sur la planche.

Avant de commencer, j'aimerais d'abord dire à quel point je suis heureux de revoir les membres du Comité. J'espère que vous avez passé un bon été productif et que vous avez pu en profiter pour refaire vos forces. Le programme de la Chambre et celui de ce Comité vont certainement tous nous occuper. Je suis très heureux de pouvoir travailler avec vous à nouveau.

Avant de passer aux témoins, je vous rappelle que le Comité se réunira immédiatement après cette séance. Je vous saurais gré de rester, afin que nous puissions discuter des travaux futurs du Comité. Nous vous ferons part de ce qui a été décidé hier à une réunion du sous-comité du programme.

Passons au vif du sujet. Nous sommes ici pour examiner le budget des dépenses principales, 1989-1990. Nous allons examiner le crédit 25, Emploi et immigration. J'aimerais maintenant vous présenter les témoins. Nous accueillons M^{me} Sylvia Farrant. Je vais vous demander, dans un instant, Sylvia, de nous présenter vos collaboratrices.

Je vous dois des excuses pour ce qui s'est produit le printemps dernier. À deux reprises, vous deviez comparaître. La première fois, il y a eu un vote dès le début de la réunion, et nous sommes tous allés en Chambre; la deuxième fois, je pense, il y avait des témoins avant vous et ç'a été plus long que prévu. Au nom du Comité, je m'en excuse. Nous sommes extrêmement heureux de vous voir ici ce soir.

Nous avons hâte de vous entendre et je pense que nous avons prévu suffisamment de temps pour que les membres du Comité puissent vous interroger à loisir, suite à votre exposé. Je vous cède donc la parole. Peut-être pourriez-vous nous présenter vos collaboratrices.

Mme Sylvia Farrant (première vice-présidente, Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je suis très heureuse de vous présenter le budget des dépenses de 1989-1990 du Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme.

[Texte]

As you may know, Sylvia Gold, the president of the council, left the advisory council on September 1. She has accepted a two-year appointment with the Canadian Centre for Management Development. As council president, she served for four and a half years of her five-year mandate. She now has the opportunity to combine her work at the council with her previous professional work in education. We will miss her, and we are certainly looking forward to an appointment to replace her.

In the absence of a president, I, as the first vice-president, based in Calgary, will handle some of the duties and responsibilities of the president; and the council's other vice-president, Ginette Busque, who is in Montreal, will handle the eastern office.

I was very pleased to accept my appointment in June of this year, so I am relatively new, and I hope you will understand if I pass off some of the questions to some of the people here. But I brought to my position experience in the oil and gas industry and with a variety of women's concerns through the Business and Professional Women's Club in Calgary. I will endeavour to answer your questions with assistance from three of the staff members here today, who are: Judith Nolte, senior adviser to the president; Elly Silverman, director of research; and Lise Benoit, director of administration.

I will start by making a few introductory remarks about the council's role and its activities over the last year, and then I would be very pleased to respond to your questions.

As you may be aware, the role of the council is to represent as fully as possible the concerns, interests, and aspirations of all women in Canada, and since 1973, when the council was formed, we have been at the forefront in addressing the major legal, economic, and social issues affecting the lives of women: wife battering, health, education and training, employment equity, entrepreneurship, pensions, family law, child-bearing, child care and parenting, and now paid/unpaid work and stress are among the topics that have come under our scrutiny.

Like many other status of women groups, the council receives its funding through the government. Unlike other women's groups, council members are named by Order in Council. We are an advisory agency and we report to Parliament each year through an annual report that is presented by the minister responsible for the status of women, the Hon. Barbara McDougall. We are, however, unique among advisory councils in that we have a dual mandate. We not only advise the government on issues of concern to women, but we also inform the public about the results of the research we are undertaking.

[Traduction]

Comme vous le savez sans doute, Sylvia Gold a quitté son poste de présidente du Conseil le 1^{er} septembre, après avoir été approchée pour occuper un poste de deux ans au Centre canadien de gestion. Elle a dirigé le Conseil pendant quatre années et demie sur un mandat d'un maximum de cinq ans et sera désormais en mesure de combiner sa nouvelle expérience à son ancienne profession en éducation. Elle nous manquera et nous attendons anxieusement la nomination d'une nouvelle présidente.

Dans l'intervalle, j'assume une partie des fonctions et des responsabilités reliées à ce poste, à titre de première vice-présidente détachée à Calgary, tandis que la seconde vice-présidente, Ginette Busque, de Montréal, s'occupe du bureau de l'Est.

Ma nomination en juin dernier au poste de vice-présidente m'a comblée de joie. C'est récent et, j'espère que vous ne m'en voudrez pas si je fais appel à mes collaboratrices pour répondre à certaines de vos questions. J'y ai vu l'occasion de mettre à profit l'expérience que j'ai acquise au long de ma carrière dans l'industrie pétrolière et gazière et au cours de mes rencontres avec le Cercle des femmes d'affaires et professionnelles de Calgary. J'essaierai de répondre à vos questions en laissant le soin à Judith Nolte, conseillère principale, à Elly Silverman, directrice de la recherche et à Lise Benoit, directrice de l'administration de vous fournir d'autres détails si besoin est.

Avant de tomber dans le coeur du sujet, j'aimerais parler brièvement du rôle du Conseil et des activités entreprises par celui-ci l'an dernier. Je me ferai ensuite un plaisir de répondre à vos questions.

Comme vous le savez déjà, le Conseil a pour rôle de faire connaître le plus possible les inquiétudes, les intérêts et les aspirations des femmes du Canada. Depuis 1973, date de sa fondation, il a été parmi les premiers à s'attaquer aux grands problèmes juridiques, économiques et sociaux qui touchent la vie des femmes. Les femmes battues, la santé, l'éducation et la formation, l'équité en matière d'emploi, l'entrepreneuriat, les pensions, le droit familial, la grossesse, les services de garde et l'éducation des enfants de même que le travail rémunéré et non rémunéré et le stress comptent parmi les nombreux sujets qui ont retenu notre attention.

Comme beaucoup d'autres groupes féminins, le Conseil est financé par le gouvernement. Au contraire des autres groupes cependant, ses membres sont désignés par décret. Le Conseil est un organisme consultatif qui doit rendre des comptes chaque année au Parlement par le biais d'un rapport présenté à la ministre responsable de la Condition féminine, l'honorable Barbara McDougall. Il constitue néanmoins un cas à part parmi les conseils de type consultatif en raison de son double mandat. En effet, le CCCSF ne doit pas seulement conseiller le gouvernement sur les questions qui préoccupent les femmes, mais aussi informer le public sur le résultat de ses recherches.

[Text]

The council's work becomes yet more critical at a time when other status of women's groups lack the necessary resources to undertake complex research and analysis. In this regard the council can and does play a leading role in making findings from our research available to other women's groups and generating constructive discussion. Fulfilling the council's mandate would not be possible without an organization that had a broad range of representation. Our members are essential in providing good advice to the federal government and are reflecting accurately the real issues of concern to women in Canada.

In this regard, therefore, I am very pleased to note that members of the council represent not only all regions of Canada but also many different walks of life and cultures that make up our pluralist society. Council members are homemakers, lawyers, businesswomen, educators, members of visible minorities, aboriginal or immigrant groups.

• 1815

At this time we are delighted to welcome from as far west as British Columbia and as far east as Prince Edward Island 11 new and 2 re-appointments to the council. The diverse backgrounds and experience of all these appointees will contribute greatly to the overall activities of the council.

Members play an important role in the council's work and in their communities. The regular meetings that they hold with women's groups, community leaders and individual women in various regions across Canada are an important way of focusing on emerging issues. It is through these discussions in communities across Canada that the council has identified some critical concerns which in turn have led to some of our landmark studies: wife battering, stress, women as entrepreneurs, and immigrant women, to list just a few examples.

I would like to say to committee members here that when the council provides advice to the federal government, develops work plans or undertakes research projects, these activities have been scrutinized and assessed in relation to many different perspectives.

When Sylvia Gold appeared before the standing committee on the Secretary of State last year, she spoke about the council's comprehensive three-year strategic plan from 1987 to 1990 that focused on current and emerging issues of concern to women in the economic, social and legal spheres. I have copies of that plan, "Fine Balances: Equal Status for Women in the 1990's", with us today.

The plan has guided our work effectively for the past two years and we have started to implement the projects of the third year. We are now in the process of developing

[Translation]

Le travail du Conseil prend encore plus d'importance à une époque où les groupes qui s'occupent de la situation de la femme manquent de ressources pour entreprendre des projets de recherche et d'analyse de grande envergure. Le CCCSF peut jouer un rôle déterminant à cet égard en communiquant les résultats de ses travaux à ces groupes et en alimentant ainsi un débat constructif. Respecter un tel mandat serait impossible sans une organisation comptant des représentantes très variées. Il est essentiel que nos membres parviennent à dispenser des conseils judicieux au gouvernement fédéral et à dégager les problèmes qui inquiètent véritablement les Canadiennes.

C'est pourquoi je suis heureuse de souligner que le Conseil compte non seulement des membres de toutes les régions du Canada, mais aussi des membres qui reflètent les multiples modes de vie et cultures qui forment la trame de notre société pluraliste. Font partie du CCCSF des femmes au foyer, des avocates, des femmes d'affaires, des enseignantes et des représentantes de minorités visibles ou d'associations d'autochtones et d'immigrantes.

Le Conseil a accueilli onze nouvelles membres et le retour de deux anciennes, de régions aussi distantes que la Colombie-Britannique, dans l'ouest et l'Île-du-Prince-Édouard, dans l'est. La diversité de leurs origines et l'expérience qu'elle cumulent constitueront un atout majeur pour les activités générales du Conseil.

Les membres du CCCSF occupent une place importante dans le travail du Conseil et leur communauté. En rencontrant régulièrement les groupements féminins, les dirigeants de la communauté et les femmes des diverses régions du Canada, la présidente, les vice-présidentes et les membres du Conseil attirent l'attention sur les problèmes naissants. C'est d'ailleurs grâce à de telles discussions, tenues aux quatre coins du Canada, que le Conseil a identifié certains problèmes épineux qui, à leur tour, ont débouché sur la tenue de quelques études qui ont fait marque dans l'histoire. Il suffit de penser aux rapports sur les femmes battues, le stress, l'entrepreneuriat et les immigrantes.

Je tiens donc à souligner que lorsque le Conseil dispense un avis au gouvernement, élabore un plan de travail ou entame un projet de recherche, ces activités ont fait l'objet d'une analyse minutieuse et tous les angles possibles ont été examinés.

En s'adressant au Comité permanent du Secrétariat d'État l'an dernier, Sylvia Gold avait dévoilé le plan stratégique triennal du Conseil (1987-1990), lequel met l'accent sur les problèmes existants et nouveaux des femmes dans les secteurs économique, social et juridique. J'ai apporté avec moi quelques exemplaires du plan en question intitulé «Un équilibre délicat: l'égalité des femmes au Canada dans les années 1990».

Ce plan s'est avéré d'une grande utilité pour orienter nos activités au cours des deux dernières années et nous avons commencé à mettre en oeuvre les projets de la

[Texte]

our next strategic plan that will take us into the 1990s and I will discuss that new plan later in the discussion.

First of all, I would like to highlight a number of the important issues that the council has been tackling, and review some key research projects, with fact sheets that we have produced in the past year. I have copies of each of those publications with us here as well as of our publications brochure.

During 1988 and 1989 council activities focused on ways to move Canadian society closer to the goal of full social, economic and legal equality for women. Issues of vital importance to women and their families, such as child care and parenting, paid and unpaid working stress, pensions and retirement, tax reform, women in decision-making, double discrimination, reproductive health issues, and Charter equality guarantees, were brought to the forefront through council research and publications.

On the issue of child care, the council's brief to the legislative committee on Bill C-144, the proposed Canada Child Care Act, last September, emphasized that women are an integral and permanent part of the Canadian economy. Further, it assessed how the proposed legislation would respond to the needs of specific groups of women, such as rural women, farmers, seasonal and shift workers.

Also, in the December 1988 recommendation the council outlined the particular child-care needs of women working in agriculture. In both cases, the council stressed that without child care, equality for women remains an elusive goal. Without a system of quality, accessible, affordable and flexible arrangements for the care of children, inordinate stress is placed on women and children, as women continue to be necessary participants in the economic well-being of their families and the country.

The council also closely monitored several court decisions concerning the issue of parenting, and examined the subject in a fact sheet entitled "Becoming a Parent: A Guide to Maternity, Parental Leave and Benefits in Canada". The research in this publication demonstrated that if women are to achieve equality in the workplace and in society, adequate pregnancy and parental leave and adoption benefits are as essential as the need for accessible quality child care.

I might add that the council has prepared a thorough analysis of the unemployment insurance program and will be presenting it tomorrow afternoon to the legislative committee studying Bill C-21. We will urge the committee to review the impact of this proposed legislation on women and to adopt a model of substantive equality based

[Traduction]

dernière année. Nous avons d'ores et déjà entamé l'élaboration du prochain plan stratégique qui nous fera plonger dans les années 1990. Je vous en reparlerai plus tard.

Auparavant cependant, j'aimerais souligner quelques problèmes dignes de mention que le Conseil surveille de près et vous parler de rapports, mémoires ou feuillets d'information d'une importance capitale que nous avons produits l'an dernier. Je pourrais également vous en remettre une copie avec notre liste de publications.

En 1988-1989, le Conseil a surtout tenté de voir comment la société canadienne pourrait se rapprocher de l'objectif de la pleine égalité pour les femmes sur les plans social, économique et juridique. Diverses recherches et publications ont ainsi mis en vedette plusieurs questions vitales pour les femmes et la famille, comme les services de garde et l'éducation des enfants, le travail et le stress, les pensions et la retraite, la réforme fiscale, la place des femmes dans le processus décisionnel, la double discrimination, la pornographie et les garanties d'égalité de la Charte canadienne.

En ce qui concerne les services de garde, le mémoire adressé par le CCCSF au comité législatif chargé d'examiner le projet de loi C-144 en septembre dernier (Loi sur les services de garde d'enfants au Canada) soulignait que les femmes font partie intégrante et permanente de l'économie canadienne. En outre, il indiquait de quelle manière une telle loi viendrait en aide à certains groupes de femmes comme celles des secteurs ruraux, les agricultrices et les femmes qui poursuivent un travail saisonnier ou d'équipe.

Dans une recommandation formulée en décembre 1988, le Conseil énonçait les besoins particuliers des travailleuses agricoles en matière de services de garde. Dans les deux cas, le Conseil précisait que l'égalité des femmes serait irréalisable en l'absence de services de garde. En effet, sans services de garde de qualité, accessibles, abordables et suffisamment souples, les femmes et les enfants connaissent un stress excessif quand le travail de la mère s'avère essentiel au bien-être économique de la famille et du Canada dans son ensemble.

Le conseil a également suivi de près plusieurs décisions juridiques relatives à l'éducation des enfants et a fait le tour de la question dans un feuillet d'information intitulé «Devenir parent: un guide des congés de maternité et parentaux». Les recherches qui ont servi à préparer cette publication ont révélé que pour parvenir à l'égalité au lieu de travail et dans la société, la femme doit autant bénéficier de congés de maternité et d'adoption ou parentaux que de services de garde accessibles et de qualité.

J'ajouterais que le Conseil a procédé à une analyse approfondie du programme d'assurance-chômage et présentera les résultats de cet exercice demain après-midi (jeudi) au comité législatif chargé d'examiner le projet de loi C-21 (qui a pour objet de modifier ce programme). À cette occasion, nous exhorterons les membres du Comité

[Text]

on women's needs and experiences, before amending the legislation.

One major thrust of our research in the past year pertains to women and work. In 1986, 62% of married women living with spouses and with children under six years of age were members of the paid labour force, and the number is expected to continue to increase. Also, 43% of the labour force is now female and that number will also continue to climb each year. Yet the significant wage gap separating men and women in the paid labour force remains a major obstacle to the full equality of women in Canada. The council has urged the government to insure that equal pay for work of equal value provisions in the Canadian Human Rights Act are in force effectively.

• 1820

In March of this year the council released a key research publication, "Paid/Unpaid Work, and Stress: New Directions for Research", which draws important links between women's paid and unpaid work and stress. Researchers have been able to prove qualitatively that women's double day of paid employment, child rearing, and household work, with all the resulting compromises, dilemmas, and conflicts set up stressful scenarios which few men confront. For example, Canadian estimates indicate an average 50-hour work week for full-time homemakers. Mothers employed full time in the paid work force have the longest working hours of any group in Canadian society. In fact, the research suggests that stress may be the number one health hazard for women.

A number of innovative solutions to eliminate the problem of work stress are suggested by the author, Dr. Graham Lowe of the University of Alberta. He stresses that the only effective way to reduce job stress may be to tackle the root cause of the problem, which resides in the nature of the work itself. Perhaps we should adopt a more holistic view of stress, which recognizes the double day that many women face, and try to create a work environment which promotes well-being by eliminating inequalities in employment opportunities, conditions, and rewards. Broader public policies on child care, employment equity, parental leave, and pensions are also necessary and would go a long way towards promoting well-being.

Stress is a reality for many women in Canada, and for some, racism and double discrimination compound the pressures they must deal with on a daily basis. Women who face double discrimination often have difficulty

[Translation]

à bien cerner les conséquences de la nouvelle loi pour les femmes et de retenir un modèle d'égalité véritable qui répondra aux besoins et à l'expérience des femmes, avant de procéder à une modification quelconque.

Un de nos principaux secteurs de recherche a trait à la femme au travail. En 1986, 62 p. 100 des femmes mariées avec leur conjoint et ayant des enfants de moins de six ans faisaient partie de la population active, une tendance qui devrait aller en s'accroissant. Quarante-trois p. 100 de la population active est maintenant de sexe féminin et cette proportion augmente d'année en année. Pourtant, l'écart notable entre l'échelle salariale des hommes et des femmes qui font partie de la population active demeure un obstacle majeur à la pleine égalité des femmes au Canada. Le Conseil a exhorté le gouvernement à appliquer à la lettre les dispositions de la Loi canadienne sur les droits de la personne qui prévoient un salaire égal pour un travail équivalent.

En mars dernier, le Conseil a dévoilé une publication majeure intitulée «Le travail des femmes et le stress: nouvelles pistes de recherche» dans laquelle on établit un lien important entre le travail et le stress chez la femme. En effet, les chercheurs ont réussi à prouver quantitativement que la double journée des femmes, c'est-à-dire la journée de travail rémunérée et celle qu'exige l'éducation des enfants et les tâches domestiques—avec tous les compromis, les dilemmes et les conflits que cela entraîne—met la femme dans des situations très éprouvantes auxquelles l'homme échappe le plus souvent. Par exemple, au Canada, on estime que les femmes au foyer travaillent en moyenne 50 heures par semaine. Les mères de famille qui sont sur le marché du travail, ont des horaires de travail plus longs que tout autre groupe de la société. De fait, on suggère que le stress pourrait bien constituer le principal malaise qui menace la santé des femmes.

L'auteur du document, M. Graham Lowe, de l'Université de l'Alberta, propose diverses solutions novatrices au problème du stress au travail. Ainsi, il souligne que la seule manière vraiment efficace de réduire le stress du travail consisterait à s'attaquer aux racines du mal, c'est-à-dire à la nature même du travail. Peut-être devrions-nous adopter une approche plus holistique au stress, une approche où l'on admettrait que beaucoup de femmes effectuent une double journée de travail et où l'on essayerait de créer un milieu de travail propre à contribuer au bien-être des femmes par l'élimination des injustices qui ont trait aux possibilités, aux conditions et à la rémunération du travail. Des initiatives publiques plus étendues sur les services de garde, l'équité en matière d'emploi, les congés parentaux et les pensions contribueraient à améliorer la situation.

Non seulement de nombreuses Canadiennes souffrent-elles du stress, mais pour certaines, les difficultés quotidiennes à surmonter sont compliquées par le racisme et la double discrimination. Les femmes qui font l'objet

[Texte]

gaining access to employment, housing, and other services.

The reality gap, closing the gap between women's needs and available programs and services, released by the council in April 1988 examined the double gaps faced by aboriginal, immigrant, visible minority women and women who have disabilities. The council will continue its research in this area over the next year with a publication allowing the voices of visible minority women in Canada, both immigrant and Canadian born to be heard.

In the area of economic and legal issues, the council continues to follow several important court cases. In response to those dealing with mandatory retirement, the council adopted a recommendation urging the federal government to abolish mandatory retirement because of its disproportionate and adverse impact on women. The council supports a woman's right to choose a time of retirement consistent with her physical well-being, contribution to the workplace, and financial and psychological security. As well, the council continued to advocate a pension scheme that fairly reflects the varied contributions of women in their paid and unpaid work lives.

The major tax reform currently under way in Canada has been and will continue to be monitored by the council. We believe tax reform measures must be designed to eliminate the inequalities between men and women that are inherent in the current system.

This year the council will undertake an in-depth historical review of the tax system and assess its impact on women. In addition, in the next three years' strategic plan, the council will study the need for family law reform as it relates to legal and economic consequences of divorce.

Our work in the legal area has focused on women and constitutional change and Charter equality decisions that have resulted since the passage of the Canadian Charter of Rights and Freedoms in 1981. This work on the Charter has resulted in the major publication entitled "Canadian Charter Equality Rights for Women: One Step Forward or Two Steps Back".

I am pleased to inform committee members that it will be released tomorrow morning and statistics from this exhaustive review of all Charter cases since 1985 do give rise for concern for women. For example, the authors noted that the majority of the 591 decisions they studied do not even deal with grounds of disadvantage such as race, sex, disability or age; instead these decisions deal with drunk driving, the manufacture of pop cans, and airline landing fees. In fact, only 44 of the 591 decisions are concerned with sex discrimination. The figures are

[Traduction]

de double discrimination éprouvent fréquemment de la difficulté à obtenir un emploi, un logement et des services.

«L'écart des réalités: disparité entre les besoins des femmes et les programmes et services existants», une publication dévoilée par le Conseil en avril 1988, examine le «double handicap» que doivent surmonter les femmes autochtones, les immigrantes, les membres des minorités visibles et les handicapées au Canada. Le conseil poursuivra ses travaux dans ce domaine durant l'année qui vient en rédigeant une publication qui aidera les femmes des minorités visibles, nées à l'étranger ou au Canada, à se faire entendre.

Dans les domaines économique et juridique, le Conseil a continué d'analyser et de suivre plusieurs causes importantes. Ainsi, à la suite d'un jugement relatif à la retraite obligatoire, le Conseil a adopté une recommandation exhortant le gouvernement fédéral à abolir cette mesure en raison de son incidence disproportionnée et nuisible sur les femmes. Le Conseil préconise pour la femme le droit de prendre la retraite au moment qui lui convient, compte tenu de divers facteurs comme le bien-être physique, la contribution au lieu de travail ainsi que la sécurité financière et l'état psychologique. Le Conseil a également continué de défendre un régime de pension qui reflèterait équitablement la contribution des femmes à l'économie dans le cadre de leur travail rémunéré ou non.

La profonde réforme fiscale dont le Canada fait actuellement l'objet a attiré l'attention du Conseil qui continuera de surveiller la situation. Nous pensons que les mesures de la réforme doivent être conçues de manière à supprimer les inégalités entre l'homme et la femme inhérentes au système existant.

Cette année, le Conseil procédera à une étude historique approfondie du régime fiscal et en évaluera l'impact sur les femmes. Dans le cadre de son nouveau plan stratégique de trois ans, il examinera la nécessité d'une réforme du droit familial en fonction des conséquences économiques et juridiques du divorce.

Le travail du Conseil dans le secteur juridique s'est également concentré sur les changements apportés à la Constitution et les décisions relatives à l'égalité survenues depuis l'adoption de la Charte canadienne des droits et libertés en 1981 et sur leurs conséquences pour les femmes. Cet exercice a débouché sur la rédaction d'une importante publication intitulée «La Charte canadienne et les droits de la femme: progrès ou recul?».

De fait, je suis heureuse de préciser que cette publication sera dévoilée demain matin. Les statistiques qui ressortent de l'analyse exhaustive des affaires présentées en vertu de la Charte depuis 1985 éveillent des inquiétudes. En effet, les auteures ont constaté que la majorité des 591 décisions ne portent pas sur des motifs de discrimination comme l'orientation sexuelle, la race, le handicap ou l'âge. Elles ont plutôt trait à la conduite en état d'ébriété, à la fabrication des contenants pour les boissons gazeuses ou à la réglementation des droits

[Text]

even more startling when the authors show that only nine equality cases were made by or on behalf of women. This is disturbing to us, considering the interest women have shown in the Charter, the range of inequalities they experience, and the fact that women make up the majority of Canada's population.

• 1825

The study also draws attention to women's lack of access to the courts. The authors stress that, as courts develop interpretations of the Charter's equality guarantees, they need to hear women's voices and to have the benefit of accurate information about women's experiences.

I am citing these few findings from this forthcoming work to underscore the seriousness of the situation regarding equality for women. I would also like to invite members of this committee to pick up a copy of the publication at a reception that will be held tomorrow from 5.30 to 7.30 p.m. in Room 200 of the West Block. Either myself, the eastern vice-president Ginette Busque or one of the authors, lawyer Gwen Brodsky and human rights expert Shelagh Day, both from Vancouver, would be pleased to discuss the findings with you.

Over the past year and especially this summer, council research has focused on reproductive health issues for women. The advisory council remains firmly opposed to the recriminalization of abortion through legislation such as the Criminal Code.

Lengthy and thoughtful discussions by council members resulted in a March 1988 recommendation to the federal government not to reintroduce criminal legislation. Criminal legislation would be in direct opposition to the government's efforts to promote equality for all women. Council members stress that abortion is a health issue and that women have made and always will make informed, rational decisions about their health.

We followed up this March recommendation with new research. By now, I hope that every Member of Parliament has had the opportunity to read a new council paper titled "Women's Reproductive Health, the Canadian Charter of Rights and Freedoms, and the Canada Health Act", which was distributed to your offices earlier this week. I cannot stress enough the importance the council places on this research, which was undertaken for us by University of Calgary law professor Sheila Martin. It supports our belief that the federal government has the power to ensure women's equal access to reproductive health services, including abortion, through the Canada Health Act.

[Translation]

d'atterrissage. Seulement 44 des 591 décisions traitent de la discriminations fondée sur le sexe. Les auteures montrent que les chiffres sont encore plus alarmants quand on apprend que neuf seulement des poursuites ont été engagées par des femmes ou en leur nom. Cette constatation est troublante, compte tenu de l'intérêt des femmes pour la Charte, des inégalités dont elles sont victimes et de leur importance démographique majoritaire au Canada.

La même étude fait état de la gravité du problème de l'accès aux tribunaux. Les auteures soulignent qu'en interprétant les garanties d'égalité offertes par la Charte, les tribunaux devraient prendre le temps d'écouter ce que les femmes ont à dire et s'assurer de l'exactitude des renseignements sur les expériences qu'elles ont vécues.

Mon but, en citant ces quelques données est de montrer que la femme est effectivement aux prises avec de sérieuses difficultés. J'aimerais également convier les membres de ce comité à se procurer un exemplaire de la publication en question au banquet qui aura lieu demain soir de 17h30 à 19h30 dans la pièce 200 de l'édifice de l'Ouest. Moi-même ou Ginette Busque serons très heureuses de discuter des constatations de l'analyse avec vous à cette occasion. L'avocate Gwen Brodsky et la spécialiste en droits de la personne Shelagh Day, les auteures du document, seront également sur les lieux pour répondre à vos questions.

L'an dernier et plus particulièrement cet été, les recherches du Conseil ont porté sur les femmes et la reproduction. Le CCSF continue de s'opposer énergiquement à la recriminalisation de l'avortement par le biais de certaines lois comme le Code criminel.

Après de longues délibérations, les membres du Conseil ont formulé en mars 1988 une recommandation priant le gouvernement fédéral de ne pas réintroduire de législation en matière criminelle. Une telle loi ne ferait que contrecarrer les mesures prises pour promouvoir l'égalité de toutes les femmes. Les membres du Conseil sont unanimes: l'avortement est une question de santé, et les femmes ont pris et prendront toujours de sages décisions sur leur santé.

Cette recommandation de mars a donné lieu à de nouvelles recherches. J'espère que chaque député a eu la possibilité de prendre connaissance du nouveau document du Conseil intitulé «La reproduction féminine, la Charte canadienne des droits et libertés et la Loi canadienne sur la santé» qui leur a été distribué plus tôt cette semaine. Je ne saurais jamais trop insister sur l'importance que le Conseil accorde à ces travaux, entrepris en son nom par Sheila Martin, professeure de droit de l'Université de Calgary. Ce document révèle que le gouvernement fédéral a le pouvoir d'assurer aux femmes l'accès équitable aux services d'hygiène de la reproduction, y compris l'avortement, en recourant à la Loi canadienne sur la santé.

[Texte]

Other research we published this year stress the need for more women in decision-making. "The Equality Game: Women in the Federal Public Service (1908-1987)", released in December 1988, reviewed the historical progress women have made to a more equalitarian workplace in the federal Public Service. The author, Nicole Morgan, concluded that if true and lasting progress for women is ever to be made, the experiences, thoughts, and desires of women working at all levels of the federal Public Service must continue to be heard and integrated into both policies and programs. The council's economic committee is currently developing recommendations arising from the book, which it will present to the government.

Administratively, the council continues to evaluate the functioning of its various departments and the ability of these departments to meet the growing demands of its audiences. During the past year, the council's research, publications, and communications activities increased significantly, as we distributed more than a quarter of a million documents. Yet, despite the large volume of publications distributed, we were concerned about where and how publications were distributed, whether all provinces were being served equitably, and whether publications were reaching their target audiences.

To evaluate this concern, the council undertook a study of its system of distributing its various publications. The results of the study recommended that the distribution system be centralized in Ottawa to improve its efficiency and cost effectiveness. With the resulting closure of the Winnipeg field office, the study further recommended that a more effective regional distribution of publications could be achieved through the establishment of information centres, which are now being set up in many communities, both rural and urban, with the support of council members, women's groups, community centres and provincial advisory councils on the status of women.

As we implement the recommendations contained in that report, we are finding that many more communities are being served and that our publications and research are more readily available across the country.

• 1830

At this time I would like to address your attention to the issues the council will be addressing this year and over the next three years. New issues emerge regularly in every community across Canada, and as we move towards the 1990s, there is no doubt the Advisory Council on the Status of Women will continue to be at the forefront in identifying, analysing, and bringing to public attention issues that have or may have an impact on women's lives.

[Traduction]

D'autres documents de recherche publiés cette année soulignaient que les femmes devraient participer davantage au processus décisionnel. La publication intitulée «Jouer à l'égalité: les femmes et la fonction publique fédérale (1908-1987)», parue en décembre 1988, retrace le chemin parcouru par les femmes en vue de l'obtention d'un milieu de travail plus égalitaire au sein de la fonction publique fédérale. Son auteure, Nicole Morgan, conclut que pour parvenir à des progrès durables à cet égard, l'expérience, les sentiments et les aspirations des femmes qui travaillent à tous les paliers de la fonction publique fédérale doivent être analysés et intégrés aux mesures et aux programmes pertinents. Le comité économique du Conseil tente actuellement de formuler les recommandations qui découlent de cet ouvrage en vue de les présenter au gouvernement avant la fin de l'année.

Sur le plan administratif, le Conseil continue de contrôler le fonctionnement de ses services et l'aptitude de ces derniers à répondre à une demande de la part de son auditoire. L'an dernier, les recherches, les publications et les activités du Conseil en matière de communications ont augmenté sensiblement puisqu'on a distribué plus d'un quart de million de documents. Malgré cela, et en dépit du nombre important de publications diffusées, nous nous sommes demandé où allaient les publications et comment elles étaient distribuées. Nous voulions également déterminer si toutes les provinces recevaient un service de même qualité et si les publications atteignaient vraiment les personnes auxquelles elles sont destinées.

Pour répondre à ces questions, le Conseil a procédé à l'analyse de son réseau de distribution, ce qui a débouché sur la centralisation du réseau à Ottawa, aux fins d'efficacité et de rentabilité. Avec la fermeture du bureau local de Winnipeg, l'étude recommandait la mise en place d'un réseau de distribution régional plus efficace sous forme de centres d'information. Ces centres sont en train de voir le jour dans de nombreuses communautés, aussi bien rurales qu'urbaines, avec l'aide des membres du Conseil, des groupes féminins, des centres communautaires et des conseils consultatifs provinciaux sur la situation de la femme.

À mesure que se concrétisent les recommandations du rapport, nous constatons qu'il est maintenant possible de rejoindre un nombre beaucoup plus grand de communautés et que nos publications et les résultats de nos recherches sont plus faciles à consulter au Canada.

J'aimerais maintenant attirer votre attention sur les questions auxquelles le Conseil s'attaquera cette année et durant les trois années qui suivront. De nouveaux problèmes voient régulièrement le jour dans toutes les communautés du Canada. À l'approche des années 1990, il ne fait aucun doute que le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme continuera d'être parmi les premiers à identifier, à analyser, à désigner et à faire

[Text]

As we begin working on a new strategic plan for the period 1990 to 1993, council members have identified research issues in the economic, social, and legal areas. At its September meeting, council members had the opportunity to discuss the issues they have identified and establish priorities they would like to deal with in the coming years. I will give you a few examples.

In the economic area, the council will continue its work on three major research projects: the impact of taxation policies on women as participants in the paid and unpaid labour force; poverty and the working poor, which will provide a basic reference work for social policy and feminist researchers in addition to policy-makers; and a major study on the various lives and experiences of 250 women entrepreneurs across the country. The findings of the study on entrepreneurship, to be released early next year, will enable the council to develop recommendations to help policy-makers understand the forces that create a sustained entrepreneurship and to develop proposals that will better support women who are starting their own businesses. In addition, a selection of continuing and emerging economic issues proposed for study by the council include income security, labour adjustment policies, work and family responsibility, and employment equity.

Among the social issues the council will continue to study are the lives and experiences of visible minority women in Canada, the evolving nature of Canadian families, and the status of homemaking in today's society, with an outline of the various gaps in policies and support services available to homemakers. A selection of emerging issues proposed for study by the council include health and women's well-being, the future of health and social services, housing and homelessness, education training and the advancement of women's ways of learning, and the environment.

Finally, in the legal area, the council will continue to study reproductive health issues, with a background paper on reproductive technologies, to be published later this year. As well, we will be examining women and constitutional guarantees of equality. As mentioned earlier, the council will release a major book tomorrow that reviews in great detail the first three years of Canadian Charter equality litigation. A selection of emerging legal issues proposed for study by the council includes women and family law reform, women and politics, women's freedom from violence.

[Translation]

connaître les problèmes qui ont ou pourraient avoir un impact sur la vie des femmes.

En vue de l'élaboration d'un nouveau plan stratégique pour la période de 1990 à 1993, les membres du Conseil ont identifié divers problèmes de recherche dans les secteurs économique, social et juridique. À leur réunion de septembre, elles auront la possibilité de les examiner de plus près et d'établir des priorités dont on s'occupera dans les années à venir. Laissez-moi vous en donner quelques exemples.

Dans le secteur économique, le Conseil poursuivra trois grands projets: l'incidence des mesures fiscales sur la femme en tant que participante à la population active rémunérée et non rémunérée; la pauvreté et les travailleuses défavorisées, un futur ouvrage de référence pour les travailleurs sociaux et les chercheuses féministes de même que pour l'élaboration de politiques; ainsi qu'une étude de la vie et de l'expérience de 250 entrepreneures canadiennes. Les résultats de la seconde étude sur l'entrepreneuriat seront dévoilés au début de la prochaine année et permettront au Conseil de formuler des recommandations qui aideront les décideurs à mieux comprendre les forces qui créent et animent l'esprit d'entreprise de même qu'à élaborer des programmes qui soutiendront davantage les femmes qui désirent se lancer en affaires. Parmi les problèmes économiques permanents ou nouveaux que le Conseil pourrait examiner, il faut mentionner: la sécurité du revenu, les mesures d'adaptation de la main-d'oeuvre, les responsabilités au niveau du travail et de la famille ainsi que l'équité en matière d'emploi.

Sur le plan social, le Conseil continuera d'étudier la vie et l'expérience des femmes de minorités visibles, de surveiller l'évolution de la cellule familiale et d'évaluer la situation de la femme au foyer dans la société moderne, en mettant l'accent sur les lacunes des politiques et des services de soutien offerts à toutes celles qui travaillent chez elles. Au nombre des nouveaux problèmes sociaux sur lesquels pourront se pencher les membres du Conseil, notons la santé et le bien-être des femmes, l'avenir des services médicaux et sociaux, le logement et les sans-abris, l'éducation, la formation ainsi que l'amélioration des méthodes d'apprentissage des femmes et enfin, l'environnement.

Dans le domaine juridique enfin, le Conseil poursuivra ses recherches sur les femmes et la reproduction avec la publication, plus tard dans l'année, d'un document fondamental sur les techniques de reproduction. Les membres du Conseil se pencheront également sur les garanties constitutionnelles d'égalité. Comme je l'ai mentionné auparavant, le Conseil publiera demain un ouvrage capital qui fera le point des trois premières années de litiges sur les droits à l'égalité prévus par la Charte. Parmi les nouveaux problèmes juridiques que le Conseil pourrait examiner, il faut souligner la femme et la réforme du droit familial, la femme en politique et le droit de la femme d'échapper à la violence.

[Texte]

A great many gains in working towards full equality for women in all spheres of life have been made in the past decade. Women working in their own communities have indeed brought about change, yet much remains to be done. As we move into the 1990s, council members will continue to be vigilant in monitoring events and issues in their areas of the country and in bringing to council those issues that must be addressed at the national level. Together we will continue to work to close the gaps in policies and programs and to ensure women's voices are present in decision-making. We will continue to seek new partnerships through consultation, discussion, and debate. The end result will be not only a society that better reflects the values of both women and men, but a finer balance and a society based on equality.

It has indeed been a busy and exciting year for the council. From our perspective, we have worked hard to tie the goals, issues, and activities of our strategic plan together in a focus that is integrated and supportive of societal objectives and within the means of the council to fulfil.

Let me conclude, finally, by telling you that in my first few months as vice-president, when I travel across the country and talk with women in their communities, one of the recurring messages I hear is that women would like recognition of their equal partnership in every aspect of Canadian society. They dream about a world in which women and men can be equal partners in life. Certainly such a world where true equality is possible would go a long way, for example, towards reducing violence against women and the crime of wife battering, which remains a pressing concern for all of us.

Working together, I am confident we can overcome many of these problems.

• 1835

The Chairman: Thank you very much, Ms Farrant. Certainly the Canadian Advisory Council on the Status of Women covers some very wide-ranging areas, and I am sure the presentation you have given today leaves ample room for questioning in a great many areas that I am sure the members of the committee will wish to take advantage of.

If it is agreeable to committee members, we will continue the same format as we have in the past, with a 10-minute round for each of the lead questioners, followed by 5 minutes. If that is satisfactory, we will start with Mrs. Clancy.

Mrs. Clancy (Halifax): Thank you very much, Mr. Chairman, and may I add my greetings to yours to

[Traduction]

Durant la dernière décennie, de nombreux progrès ont été réalisés dans la quête de l'égalité pour la femme, et ce dans tous les domaines. Ces progrès, nous les devons en grande partie aux femmes qui oeuvrent au sein de leur communauté. Cependant, il reste beaucoup à faire. À la veille des années 1990, les membres du Conseil continueront de faire preuve de vigilance et suivront de près les événements dans leur région avant de soumettre au Conseil les questions d'envergure nationale. Ensemble nous comblerons les lacunes que présentent les mesures et les programmes et veillerons à ce que les aspirations de la femme ne soient pas négligées lors de la prise de décisions. Nous cherchons à établir de nouveaux liens par la consultation, la discussion et le débat. Il en résultera non seulement une société qui reflètera mieux les valeurs de la femme et de l'homme, mais aussi un meilleur équilibre et un monde où règnera l'égalité.

Le Conseil a connu une année aussi mouvementée que passionnante. Ses membres pensent avoir travaillé fort pour atteindre les buts, régler les questions et poursuivre les activités dont il était question dans le plan stratégique, d'une manière conforme aux objectifs de la société et dans la mesure des moyens mis à la disposition du Conseil.

Je conclurai en disant que lorsque je me suis adressée aux femmes dans leur communauté, au cours de mes premiers mois au poste de vice-présidente, un des messages qu'on m'a confié le plus souvent au hasard de mes déplacements au Canada et de mes conversations avec elles est que la femme désire être reconnue comme une partenaire à plein titre de l'homme dans tous les aspects de la société canadienne. La femme canadienne rêve d'un monde où hommes et femmes seraient des partenaires dans la vie. De toute évidence, un tel monde, où l'égalité ne serait pas une utopie mais la réalité contribuerait considérablement à amenuiser le problème criant des mauvais traitements infligés aux femmes, y compris la violence conjugale.

Si nous unissons nos efforts, je suis persuadée que nous parviendrons un jour à surmonter un grand nombre de ces difficultés.

Le président: Merci beaucoup, M^{me} Farrant. De toute évidence, le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme couvre certains domaines très vastes, et je suis sûr que votre exposé d'aujourd'hui va susciter beaucoup de questions sur de nombreux points à propos desquels les membres du Comité voudraient avoir des précisions.

Si les membres du Comité n'y voient pas d'inconvénients, nous allons poursuivre comme nous l'avons fait par le passé avec une intervention de 10 minutes pour chacun des principaux intervenants, puis de 5 minutes. Si vous voulez bien, nous commencerons par M^{me} Clancy.

Mme Clancy (Halifax): Merci beaucoup, monsieur le président; je voudrais vous saluer à mon tour et saluer

[Text]

yourselves, our researchers, our clerk, and all my colleagues here.

I would like to begin, Ms Farrant, by complimenting the advisory council on its publications, many of which I have been familiar with for some time, and the most recent ones. But I wonder if you could expand a bit on your advisory role. You mentioned presenting a brief tomorrow to the UI committee. This is something I have a particular interest in, given the situation relating to seasonal women workers in fish plants in Nova Scotia, for example, and I wonder if you could tell me how far you see your role going in advising government, beyond presenting briefs. Do you meet privately with Cabinet ministers, or publicly with Cabinet ministers, in specific areas?

The other areas I might just add in there would be, of course, child care and the very commonly held sentiments relating to child care and gender equality that you state in your presentation. Not to throw everything at you at once, but I might also mention the cuts in the Secretary of State Women's Program and the funding to REAL Women. I just wonder if you might care to comment on how you see your role as an advisory body vis-à-vis these kinds of government actions.

Ms Farrant: Of course the publications are the most visible thing to most people across Canada, and that is what the public sees most. Directly here in Ottawa, there is continuous discussion between our council, usually the president, and the minister responsible for the status of women, on issues that are related directly to women, especially child care. We meet regularly with the ministers and the deputy ministers and the staff in their offices on whatever issue comes up, be it child care, unemployment insurance, abortion, whatever it is. Where we have direct recommendations, and direct recommendations we can give to those ministries, we meet regularly with them.

We are not an action group per se, as many of the other women's groups across the country are. Our role is more of research in issues, educating the public, giving information. But we are not active advocates in terms of demonstrations on the Hill or things like that. That is the difference between us and most other women's groups. We have our research and our information to put forward.

Mrs. Clancy: So what happens when you hit a brick wall?

Ms Farrant: We bounce and go back.

Mrs. Clancy: I see. When you say that you are not an action group, that would be a departure, for example, from the advisory council headed by Doris Anderson?

[Translation]

aussi nos attachés de recherche, notre greffière ainsi que tous mes collègues ici présents.

Madame Farrant, je voudrais pour commencer féliciter le Conseil Consultatif pour ses publications et j'en connais plusieurs depuis quelque temps, surtout les plus récentes. Pourriez-vous nous préciser ce en quoi vous êtes un conseil «consultatif». Vous avez dit que vous présenterez demain un mémoire au Comité sur l'assurance-chômage. C'est quelque chose qui m'intéresse beaucoup car en Nouvelle-Écosse, par exemple, des femmes travaillent en usine de transformation du poisson de façon saisonnière et je me demande si les conseils que vous donnez au gouvernement se limitent à lui présenter des mémoires. Rencontrez-vous officiellement ou publiquement des ministres pour discuter de certaines questions?

Je pourrais aborder aussi bien sûr les garderies et les sentiments qu'elles suscitent en général de même que l'égalité des sexes que vous évoquez dans votre exposé. Il n'est pas question de tout aborder, mais je pourrais mentionner aussi les coupures au programme des femmes du Secrétariat d'État ainsi que le financement du groupe REAL Women. Comment voyez-vous votre rôle comme organisme consultatif lorsque le gouvernement prend de telles initiatives.

Mme Farrant: Naturellement, les publications représentent notre participation la plus concrète et celle que les Canadiens voient le plus. Directement ici à Ottawa, le dialogue reste permanent entre notre Conseil et généralement sa présidente ainsi que la ministre responsable de la situation de la femme et ensemble, elles examinent les problèmes qui nous touchent directement, et en particulier les garderies. Nous rencontrons régulièrement les ministres, les sous-ministres ainsi que leur personnel pour examiner toutes les questions qui se présentent, qu'il s'agisse des garderies, de l'assurance-chômage ou de l'avortement, par exemple. Si nous avons des recommandations à faire, nous pouvons les présenter à ces ministres que nous rencontrons régulièrement.

Nous ne sommes pas comme tel un groupe d'action, contrairement à beaucoup d'autres groupe de femmes partout au Canada. Notre rôle se situe davantage au niveau de la recherche sur certaines questions et de l'information du public. Mais nous ne sommes pas là pour défendre les femmes comme les groupes qui viennent manifester sur la Colline, par exemple. C'est cela qui nous différencie de la plupart des autres groupes de femmes. La recherche et l'information constituent davantage notre vocation.

Mme Clancy: Que se passe-t-il donc lorsque vous vous heurtez à un mur?

Mme Farrant: Rien n'est perdu, puisque nous rebondissons toujours.

Mme Clancy: Je vois. Lorsque vous dites ne pas être un groupe d'action, c'est que votre conception du Conseil Consultatif diffère de celle qu'en avait Doris Anderson, son ancienne présidente n'est-ce pas?

[Texte]

Ms Farrant: I have only been with the council since June, but I do feel very confident of the mandate of the council, and certainly the sort of council that Sylvia Gold, as president, ran was that we are an organization that has information and respectability and our strong suit is in our ability to communicate with decision-makers and be a part of the decision-making process. So I do not feel comfortable commenting on the leadership of the past.

Mrs. Clancy: I wonder if you could comment on the cuts in the Secretary of State Women's Program and the funding to REAL.

Ms Farrant: On the funding to REAL, I think even the minister has mentioned that she is not sure REAL Women did what they said they were going to do with that money. We of course expressed concern there, and one of the things we feel may have played a role in that, which we feel was an error, is a definition of "equality". One thing that has come out of our most recent publication on the Charter of Rights is a substantive definition of "equality", so that a group that puts forward a document saying they are advancing the status of women and equality for women. . . In Canada or in any country really, we have never had a definition of what that means, so we are now able to provide a definition and recommend it to the minister for use in the future.

• 1840

Mrs. Clancy: What will you do if that recommendation is not accepted?

Ms Farrant: Make it again.

Mrs. Clancy: And again? To what point would you take further action?

Ms Farrant: I think a lot of our credibility comes from the basis of our research and the fact that we can talk. Sometimes when you talk to people and suggest to them a new idea, it does not make sense to them at that time. They often have to go away, think about it themselves, translate it into their own ideas and their own words, and at breakfast or in the shower or in a discussion totally unrelated sometimes a light goes on and communication can happen. If there is not agreement at the end of a meeting, it does not necessarily mean our information is not making its way through. We are not easily discouraged.

Mrs. Clancy: I see. But beyond the question of talking and advising, would you say there is no particular game plan if recommendations are continually ignored or not acted upon?

Ms Farrant: We do not specifically have a strategy that works in all cases. In any issue we have a dual mandate where we advise the government, but we are also mandated to advise the public. So one of the tools at our disposal is the fact that we are constantly contacted by women's groups for advice, and maybe we cannot do any strident actions on an issue, but other women's groups can, and they often use our research to carry forward

[Traduction]

Mme Farrant: Je ne suis au Conseil que depuis juin, mais je suis tout à fait convaincue de la validité de la mission du Conseil qui reposait selon sa présidente Sylvia Gold, sur l'information et la respectabilité et surtout notre capacité à communiquer avec les décideurs et à participer à la prise de décision. Cela me générerait donc de dire ce que je pense d'une ancienne présidente.

Mme Clancy: Pourriez-vous nous dire ce que vous pensez des coupures apportées au programme des femmes du Secrétariat d'État et des subventions au groupe REAL?

Mme Farrant: À ce tout dernier propos, je pense que même la ministre a dit ne pas être sûre que les «REAL Women» utilisaient les subventions pour ce qu'elles avaient dit vouloir en faire. Nous avons bien-sûr exprimé notre mécontentement à ce sujet, et l'un des éléments qui a peut-être joué, et par erreur, selon nous, c'est une définition de l'égalité. Notre plus récente publication sur la Charte des droits présente entre autres choses une vaste définition de l'égalité, de sorte qu'un groupe qui présente un document selon lequel il oeuvre pour la promotion des femmes et leur égalité. . . Ni au Canada ni ailleurs, nous n'avons jamais eu de définition de cette notion que nous avons réussi à cerner en recommandant au ministre de l'utiliser à l'avenir.

Mme Clancy: Que feriez-vous si cette recommandation n'était pas acceptée?

Mme Farrant: Nous la présenterions à nouveau.

Mme Clancy: Et encore? Dans quelles conditions décideriez-vous de prendre d'autres mesures?

Mme Farrant: Une très grande part de notre crédibilité provient de la base de notre recherche et de notre capacité de dialogue. Parfois, lorsque vous parlez aux gens pour leur proposer une nouvelle idée, elle peut leur paraître absurde initialement. Souvent, ils doivent la laisser se décanter pour l'exprimer selon leurs propres idées et avec leurs propres mots, et brusquement, au petit déjeuner ou sous la douche ou lors d'une discussion sans aucun rapport avec la question, il arrive parfois que la lumière se fasse et que la communication soit possible. Si la fin d'une réunion n'aboutit pas à un accord, il ne s'ensuit pas nécessairement que notre message n'est pas passé. Nous ne nous décourageons pas facilement.

Mme Clancy: Je vois. Mais outre les discussions et les conseils, ne pensez-vous pas que la partie est un peu stérile si vos recommandations sont constamment laissées pour compte?

Mme Farrant: Nous ne possédons pas de stratégie qui donne des résultats à tous les coups. Pour toute question, nous avons un double rôle à jouer, celui de conseiller le gouvernement d'une part et le public de l'autre. Ainsi, l'un des outils à notre disposition, ce sont les groupes de femmes qui communiquent constamment avec nous pour obtenir des conseils; il est possible que nous ne puissions pas agir de façon véhémente au sujet de telle ou telle

[Text]

their own action. As well, we are continually contacted by the media and in those interviews we are always very cautious to stick with our specific recommendations on topics we have taken a stand on.

On the abortion issue, for example, at the beginning of the summer most of what we were hearing in the news was talk about criminal legislation being the solution, whereas today in almost every interview we do, they are talking to us about how the Canada Health Act provides a solution the Canadian abortion dilemma. So whether or not we were heard in those particular departments, we have certainly been heard by the public; and since the government is responsive to the public, if we educate the public, that is many thousands of voices the government hears along with our own.

Mrs. Clancy: When you say you have a dual mandate and that one of those is advising the government, could you elucidate for us exactly, fairly briefly, what your mandate is in advising?

Ms Farrant: It is to bring forward issues that are of concern to women. It is hard to do it without an example. Perhaps I can use the example of wife battering. Fifteen years ago, I do not think anybody ever heard of wife battering. It just was not an issue you talked about, and if you did, it was in very hushed tones and behind closed doors. If somebody came to you and said that the dear fellow whacked her, you would talk about it very quietly and just send her home. There was nothing you could do.

It was the council's members, in talking to women across the country at their various outreach projects and travels, who were hearing over and over again that a lot of women were living in violence. The members brought that issue to the council and the council did research on it: is this true, how extensive is it, is it just that our members keep running into people who have been hit? That initial publication came out saying that one in ten women was the victim of wife abuse.

We gave a name to an issue. We went to the government, saying: there is a problem here, social programs are required, centres are required, something must be done to help the women and children who are the victims. The result of that education of the public and the government is that it is now very high on the government's agenda. We have transition houses, we have women's shelters, we have programs across the country. We have programs where a young girl is taught that, if she thinks he is going to hit her, she should think twice about marrying the man, that it is not a life she has to live.

[Translation]

question, mais ces groupes le peuvent, et souvent, ils utilisent notre recherche pour justifier ce qu'ils font. Dans le même ordre d'idée les médias communiquent constamment avec nous, et dans les entrevues qu'ils nous accordent, nous sommes toujours très prudentes en nous tenant aux recommandations précises sur les questions à propos desquelles nous avons pris position.

À propos de l'avortement, par exemple, au début de l'été, la plupart des médias en voyait la solution dans le Code criminel, alors qu'aujourd'hui dans pratiquement chaque entrevue que nous accordons, les journalistes nous disent comment la Loi canadienne sur la santé offre une solution au dilemme que représente l'avortement dans notre pays. Par conséquent, que les ministères nous aient entendus ou non, le public a bien saisi notre message; et étant donné que le gouvernement réagit à ce que souhaite le public, si nous éduquons ce dernier, alors le gouvernement entendra des milliers de voix en même temps que la nôtre.

Mme Clancy: Lorsque vous dites avoir un double mandat dont celui de conseiller le gouvernement, pourriez-vous nous dire exactement et en quelques mots ce dont il s'agit?

Mme Farrant: Nous devons présenter les questions qui préoccupent les femmes. C'est difficile d'en parler sans un exemple. Je pourrais peut-être utiliser celui des femmes battues. Il y a 15 ans, je pense que personne n'avait jamais entendu parler de ce phénomène. C'était quelque chose dont on ne parlait pas, et si on le faisait, c'était en chuchotant, et de la façon la plus discrète possible. Si une femme venait vous dire que son chéri l'avait rossée, vous n'en faisiez pas tout un plat, et vous lui disiez de rentrer chez elle. Il n'y avait rien à faire de toute façon.

Les membres du Conseil, au cours de leurs voyages ont discuté avec des femmes partout dans le pays dans le cadre de leurs différents projets de communication; elles ont entendu parler à maintes reprises de toutes ces femmes vivant dans la violence. Cette question a ensuite été portée à l'attention du Conseil qui l'a étudiée pour savoir si elle était fondée, endémique, ou si nos membres tombaient sans cesse par hasard sur des femmes qui avaient été battues. Selon les conclusions de cette première publication, une femme sur dix était une femme battue, une victime.

Nous avons donc donné un nom à un problème. Nous nous sommes présentés devant le gouvernement pour lui dire qu'il y avait là un problème exigeant des programmes sociaux, des centres, et qu'il fallait agir pour aider ces victimes, ces femmes et ces enfants. Grâce à cette information du public et du gouvernement, ce dernier accorde maintenant à cette question une très forte priorité. Nous avons des foyers de transition, des abris pour les femmes et des programmes qui s'appliquent partout dans le pays. Nous mettons les jeunes filles en garde, nous leur expliquons que si elles pensent que leur ami va les battre, elles devraient réfléchir à deux fois avant de l'épouser, car il rendra leur vie intolérable.

[Texte]

Mrs. Clancy: In the long run, would you see your role more as one of identification and publicizing of issues as opposed to bringing forward action to demand a reaction in terms of concrete government policy?

• 1845

Ms Farrant: I would probably have to agree with that. I feel comfortable with that because there are a number of very, very successful and very, very active women's groups outside of our own who very successfully do the lobbying and bring the attention of the government to issues.

Mrs. Clancy: All right. To change my tack altogether, in looking at your estimates on page 23—I cannot find this and maybe it is not broken down that way—I am curious to know as to whether the council provides child care for its members in a specific manner. In other words, do you pay for child care for your members when they are on council business?

Ms Farrant: It is an interesting question because I have an expense statement that I am about to send and I am waiting to see what will happen to it. I have two small children aged one and three, so it is an issue I am very concerned with. We offer to. That money is there. I know one of our members brought her one-year old child with us. Of course, that child shared the room and any extra expenses for that will be picked up by the council. She hired a specific nanny here in town to accompany the child. Exactly what that will cost and how much of that she has decided to spend of her own and how much she is claiming from the council, I do not know. But it is an evolving issue.

Ms Clancy: You are telling me that it is currently offered.

Ms Farrant: It is offered.

Ms Clancy: You made a reference to the pay equity issue, the equal pay issue in the Canadian Human Rights Act. I just wonder if there are plans by the council to look at responses on the pay equity question that are not individually, might I use the term "victim driven", under the Canadian Human Rights Act, but might take the form of broader government action.

You can answer yes or no if you want.

Ms Farrant: What I am trying to think about is that over the last three days we have been putting together a strategic plan for the next three years, and there is something in there on women and work that I think addresses that issue. I remember it being part of the discussion in the economic committee. I can give you a yes answer, but I am not too sure I can tell you exactly what we plan to do because I did not see the final version.

Mrs. Clancy: Thank you.

[Traduction]

Mme Clancy: À long terme, votre rôle vous paraît-il être de cerner les difficultés et d'en parler plutôt que d'agir pour exiger des interventions de la part du gouvernement?

Mme Farrant: C'est cette approche que je préférerais sans doute, car je sais qu'indépendamment du nôtre il existe énormément de groupes de femmes extrêmement actifs qui font de l'excellent travail auprès du gouvernement pour attirer son attention sur certaines questions.

Mme Clancy: Très bien. Pour passer à autre chose, dans vos prévisions budgétaires, à la page 23—je ne me retrouve pas exactement et vous n'avez peut-être pas donné ces détails—mais j'aimerais savoir si le Conseil fournit des garderies à ses membres. Autrement dit, payez-vous les frais de garderie de vos membres lorsqu'elles travaillent pour le Conseil?

Mme Farrant: C'est une question intéressante car je suis sur le point d'envoyer un relevé des frais de garderie au Conseil et je verrai ce qu'il en fera. J'ai deux jeunes enfants d'un an et trois ans, et cette question m'intéresse donc beaucoup. Nous proposons au Conseil de subventionner les garderies parce qu'il a de l'argent pour le faire. Je sais que l'une de nos membres a voyagé avec nous avec son bébé d'un an. Naturellement, il était dans la même chambre qu'elle et le Conseil paiera toutes les autres dépenses supplémentaires. Elle a engagé une nourrice ici en ville afin qu'elle s'occupe du bébé. J'ignore ce que cela coûtera et combien elle a décidé de payer de sa poche et de réclamer au Conseil, mais cette question est en cours.

Mme Clancy: Vous me dites que des propositions ont été faites à ce sujet.

Mme Farrant: En effet.

Mme Clancy: Vous avez évoqué la question de l'égalité de salaire, figurant dans la Loi canadienne sur les droits de la personne. J'aimerais savoir si le Conseil envisage d'examiner des solutions à cette question qui ne soient pas axées sur des affaires en litige en vertu de la Loi canadienne sur les droits de la personne, mais peuvent déboucher sur des plans d'action que le gouvernement pourrait mettre en oeuvre.

Vous pouvez répondre par l'affirmative ou la négative si vous voulez.

Mme Farrant: Laissez-moi réfléchir: il y a trois jours, nous avons présenté un plan d'action pour les trois prochaines années comprenant quelque chose sur les femmes et le travail qui répond je crois à votre question. Le Comité économique en a discuté, si mes souvenirs sont exacts. Je peux vous répondre par l'affirmative, mais je ne peux pas vous dire exactement ce que nous proposons de faire car je n'ai pas vu la version définitive.

Mme Clancy: Merci.

[Text]

Ms Black (New Westminster-Burnaby): First I would like to apologize to all of you for being late. I was detained in another committee meeting and my colleague on the other side was also detained by some procedural wrangling that went on. I apologize because I did miss most of your presentation and I am sorry about that.

I would like to congratulate the council on the work that you do, on the research that you do. It has been very beneficial to me as a woman, as a woman Member of Parliament. I appreciate it and I know that many women from coast to coast also appreciate it.

One of the publications that I most enjoyed was the one by Nicole Morgan, "Paid/Unpaid Work, and Stress", her study on women in the Public Service. I also understand you are making a presentation tomorrow on the Charter challenges program on the human rights committee, and I guess we will see each other again then.

One of the questions I wanted to ask is: In your research on doubly discriminated women, have you done anything on the issue of sexual orientation in doubly disadvantaged women?

Ms Farrant: We actually passed a recommendation today that came out of our new Charter book that will be released tomorrow. One of the issues that was looked at in the Charter challenges discussion was sexual orientation, because there had been a Charter of Rights challenge on it. So it was one of things that we had addressed and we put out a recommendation that the section 15 interpretation of the Charter of Rights be expanded to include sexual orientation. We had a presentation from some lesbian women prior to that recommendation.

Ms Black: Will you be doing any publications around the issue of doubly disadvantaged women and perhaps incorporate in the many different groups of women who are doubly disadvantaged?

Ms Farrant: There are publications planned regarding double discrimination. No, there is not a document specifically targeting people who are doubly discriminated against based on sexual orientation.

Ms Black: I meant women who are doubly disadvantaged, lesbian women, immigrant women, disabled women.

Ms Farrant: Yes, that is part of our three-year plan.

Ms Black: Would sexual orientation be included in that category of—

Ms Farrant: Yes.

• 1850

Ms Black: Just to follow up on what Mrs. Clancy was questioning you on, do you feel that your input to government is listened to at this point? I know on the

[Translation]

Mme Black (New Westminster-Burnaby): Je vous prie tout d'abord de bien vouloir excuser mon retard. J'ai été retenue dans une autre réunion de comité et mon collègue de l'autre côté l'a été aussi en raison d'une longue querelle de procédure. Veuillez m'excuser d'avoir manqué votre exposé que je regrette de n'avoir pas pu entendre.

Je voudrais remercier le Conseil du travail et des recherches qu'il accomplit. Il m'a été très utile comme femme et comme députée. Je l'apprécie et je sais que beaucoup de femmes l'apprécient aussi partout au Canada.

L'une des publications que j'ai le plus appréciée était celle de Nicole Morgan «Le travail des femmes et le stress: nouvelles pistes de recherche», son étude sur les femmes dans la Fonction publique. Il semble aussi que vous allez présenter demain un exposé sur les diverses contestations de la Charte devant le Comité des droits de la personne, et je pense que nous allons donc nous revoir.

L'une des questions que je voulais vous poser est celle-ci: dans votre recherche sur les femmes doublement victimes de la discrimination, avez-vous déjà examiné à cet égard la question de l'orientation sexuelle?

Mme Farrant: Nous avons adopté aujourd'hui une recommandation tirée de notre nouveau livre sur la Charte, qui sera publié demain. Lors des discussions sur les contestations de la Charte, l'une des questions examinées était l'orientation sexuelle puisque la Charte des droits avait été invoquée à cet égard. Nous avons donc examiné cette question et présenté une recommandation selon laquelle il y aurait lieu d'étendre l'interprétation de l'article 15 de la Charte des droits pour inclure l'orientation sexuelle. Avant cette recommandation, des lesbiennes nous avaient présenté un exposé.

Mme Black: Allez-vous publié des travaux sur la question des femmes doublement désavantagées et sur les nombreux groupes de celles qui le sont?

Mme Farrant: Il est prévu de publier des études sur les victimes d'une double discrimination mais aucun document ne va viser celles qui le sont à cause de leur orientation sexuelle.

Mme Black: Je voulais parler de celles qui sont doublement désavantagées, des lesbiennes, des immigrantes, des handicapées.

Mme Farrant: Oui, cela fait partie de notre plan de trois ans.

Mme Black: L'orientation sexuelle serait-elle comprise dans cette catégorie de...

Mme Farrant: Oui.

Mme Black: Pour revenir à la question que vous posait madame Clancy, pensez-vous que le gouvernement vous écoute? À propos du groupe *REAL Women*, d'après les

[Texte]

funding question of REAL Women, looking at the guidelines of women's programming funding, it is very difficult for many of us to understand how that organization was funded. I presented a private member's motion in the House last night on that. It did not go to a vote. However, on issues like that, what is your process for talking to government? I was not really clear on what you meant when you said you had some consultation. Do you have formal input in any sense?

Ms Farrant: Judith would like to handle that, if you do not mind.

Ms Judith Nolte (Senior Adviser, Canadian Council on the Status of Women): I have been at the council for four years as senior adviser to the president, so I am familiar with how we try to have an impact on and influence government. When we produce a publication that expresses the views of the author, we send that publication to all MPs, but we specifically target any MPs, critics or ministers to whom that publication might be of particular interest. When we did the study on women in agriculture, for instance, the minister received that study. We offered to meet with the minister and/or staff or senior bureaucrats to brief them on the implications of the book. As I mentioned, we also offered to meet with critics. When we pass the official recommendations of council, which often come out of our research projects and then constitute the official policy of the council, we send them to our minister responsible for the status of women and to any other relevant ministers, deputy ministers, bureaucrats, etc., and again offer to meet with them.

Regularly, I believe, when this House began to sit again after the election, we welcomed all MPs to Ottawa; we sent them information about our council and offered to meet with them either individually or in groups to inform them about our work generally or more specifically. Obviously it depends on people's time schedules. We have had some MPs take us up on the offer. We have some ministers who are most anxious to meet on certain publications. In certain situations, the time schedules of others do not permit it. In the case of "The Equality Game", the Nicole Morgan study that was produced on women in the Public Service, the release of the study happened to coincide with just after election time, so no Members of Parliament were in Ottawa. We took the opportunity at that time to meet with all deputy ministers who were concerned with the issue, as well.

Ms Black: To get back to Nicole Morgan's paper or research booklet, it was released after the election. When was it ready to be released? When was it finished? When was it presented to the advisory council?

[Traduction]

directives sur le financement des programmes de femmes, il est très difficile pour beaucoup d'entre nous de comprendre pourquoi cet organisme a été financé. J'ai présenté une motion d'initiative privée à la Chambre à ce sujet hier soir. Elle n'a pas fait l'objet d'un vote. Cependant, sur de telles questions, de quelle façon discutez-vous avec le gouvernement? Je ne comprends pas très bien ce que vous avez voulu dire à propos des consultations que vous avez eues avec lui. Intervenez-vous de façon officielle?

Mme Farrant: Si vous le voulez, je demanderai à Judith de vous répondre.

Mme Judith Nolte (conseillère principale, Conseil consultatif sur la situation de la femme): Je suis au Conseil depuis quatre ans comme conseillère principale de la présidente, je sais donc bien de quelle façon nous essayons d'influencer le gouvernement. Lorsque nous réalisons une publication qui exprime le point de vue de son auteur, nous l'envoyons à tous les députés mais surtout à ceux et celles ainsi qu'aux porte-parole des partis ou aux ministres qui pourraient s'intéresser tout particulièrement à ce genre d'ouvrage. Ainsi, lorsque nous avons fait une étude sur les agricultrices, par exemple, nous l'avons envoyée au ministre compétent. Nous avons proposé de le rencontrer ou de rencontrer son personnel ou ses hauts-fonctionnaires afin de les informer des implications de la publication. Comme je l'ai déjà dit, nous avons proposé aussi de rencontrer les porte-parole examinant cette question pour les différents partis. Lorsque nous adoptons les recommandations officielles du Conseil, qui émanent souvent de nos projets de recherche pour constituer ensuite notre politique officielle, nous les recommandons au ministre responsable de la situation de la femme ainsi qu'à tous les autres ministres pertinents, aux sous-ministres, fonctionnaires etc. à qui nous proposons aussi des rencontres.

Après les élections, lorsque la Chambre a commencé à siéger à nouveau, nous avons souhaité la bienvenue à tous les députés à Ottawa; nous leur avons envoyé des renseignements sur notre Conseil en leur proposant de les rencontrer soit individuellement soit en groupe pour les mettre au courant de notre travail de façon générale ou plus précise. Il faut tenir compte bien sûr de l'emploi du temps des uns et des autres. Certains députés ont répondu à notre invitation. Certains ministres souhaitent beaucoup nous rencontrer au sujet de certaines publications. Dans certains cas, l'emploi du temps des autres ne leur permet pas de nous voir. À propos de l'étude «Jouer à l'égalité» de Nicole Morgan portant sur les femmes dans la fonction publique, la publication de l'ouvrage s'est faite par hasard juste après les élections de sorte qu'aucun député ne se trouvait à Ottawa. Nous avons donc décidé de rencontrer tous les sous-ministres intéressés à la question.

Mme Black: Pour revenir au document ou à la brochure de recherche de Nicole Morgan, elle a été publiée après les élections. Quand était-elle prête pour la diffusion? Quand a-t-elle été terminée? Quand a-t-elle été présentée au Conseil consultatif?

[Text]

Ms Nolte: It was about three days before it was released. It was a very, very tight production schedule as—

Ms Black: So you did not have it—

Ms Nolte: We did not have it before, no we did not. As you may be aware, the council is a bilingual organization and its documents are never released without being edited, translated and revised. So it was a very tight production schedule.

Ms Black: But when did you have the final copy from Ms Morgan?

Ms Nolte: Usually, when we look at our publications' process, it tends to take anywhere between 9 and 12 months from the time we receive a final manuscript from the author to the time it, as we say, hits the streets.

Ms Black: I would like to compliment you on the paper on choice that has just come out. It is an excellent paper. It certainly gives a direction to the government that I would be very happy if the government were to follow, and a number of other people and women across Canada would be very happy with that as well.

• 1855

Do you have any sense of what kind of legislation is coming forward? Do you get that kind of feedback?

Ms Farrant: I was going to ask you.

Ms Black: Do you feel that your budget is large enough to undertake the types of research we have discussed and the types of research you wish to take on in the future?

Ms Farrant: Are you going to be surprised at my answer? No. I do not think so. In putting together a strategic plan, a number of projects come forward; some of them are tremendous ideas, things that have never been looked at before, and we have to drop them.

For every project that makes it through to book form, there are two project ideas that are dropped. There just is not enough funding and there are not enough staff to pursue all of the ideas that come forward. As the publications become better known and as the council's research has more and more credibility, more and more people, as well as council members, are contacting us from regional offices to suggest ideas.

Sometimes it is very difficult for council members who get an extremely valid interesting request for some research from someone in their region. They bring it to the council meeting. We all sit around and think what a great idea. But we put it off for another four years because we just do not have the money this year. So it is very difficult.

[Translation]

Mme Nolte: Environ trois jours avant sa diffusion. Le calendrier de production était extrêmement serré car. . .

Mme Black: Vous ne l'aviez donc pas. . .

Mme Nolte: Nous ne l'avions pas auparavant, en effet. Vous savez sans doute que le Conseil est un organisme bilingue dont les documents ne sont jamais publiés sans être corrigés, traduits et révisés. Le programme de production était donc très serré.

Mme Black: Quand M^{me} Morgan vous a-t-elle remis la version finale?

Mme Nolte: En général, il faut en général entre neuf à 12 mois entre le moment où un auteur nous fait parvenir son manuscrit définitif et celui où il est diffusé.

Mme Black: Je voudrais vous féliciter pour le document sur la liberté de choix qui vient d'être publié. Il est excellent. Il donne au gouvernement une orientation que moi-même et un très grand nombre d'autres Canadiens et Canadiennes seraient très heureux de le voir suivre.

Avez-vous une idée des propositions législatives qu'on va faire dans ce domaine? Avez-vous accès à ce genre d'information?

Mme Farrant: J'allais justement vous poser la question.

Mme Black: Pensez-vous que votre budget soit suffisamment important pour entreprendre le genre de recherches dont nous avons déjà discuté et pour mener à bien les projets de recherche que vous prévoyez de lancer à l'avenir?

Mme Farrant: Je pense que ma réponse ne va pas vous étonner; c'est non. Je ne crois pas. Lorsqu'on prépare un plan stratégique, on nous propose un certain nombre de projets; on nous présente parfois des idées formidables, des domaines qui n'ont jamais fait l'objet de recherches auparavant, mais nous nous voyons souvent obligées de les refuser.

Pour chaque projet de recherche qui aboutit à une publication, il y a deux propositions qui sont refusées. Il se trouve que nos fonds et nos effectifs ne sont tout simplement pas suffisants pour nous permettre de poursuivre toutes les études qui nous sont proposées. Comme nos publications sont de plus en plus connues et que nos études ont de plus en plus d'autorité, un nombre croissant de personnes et de membres du Conseil se mettent en rapport avec nous par le biais de nos bureaux régionaux pour nous proposer des choses.

C'est parfois très difficile pour les membres du Conseil, surtout quand quelqu'un de leur région leur présente une proposition de recherche extrêmement valable et intéressante. Quand cela se produit, nous en discutons pendant les réunions du Conseil. Nous sommes toutes là à nous répéter à quel point c'est une excellente idée. Mais le plus souvent, nous sommes obligées d'attendre encore

[Texte]

Ms Black: If you had your wish list, what kind of an increase would you be looking at?

Ms Farrant: A few years ago we had a \$500,000 increase, which was eaten up immediately in projects. There is no question that we would use that gradually over the next few years. Another example I can give you is that my office in Calgary was closed for about three months because there was no western vice-president.

One of the first things the Ottawa office did upon my being appointed was to take \$30,000 out of my budget to put into the research budget. It was gobbled up right away with a project.

Every time money is found somewhere, it immediately goes. This is part of why the council has been so strictly scrutinizing how it has been spending its money by centralizing all the distributions.

The first month I spent in our regional office was spent in taking a look at all of our administrative programs. Coming as I did from the oil and gas industry, it just seemed natural that I would go looking for pennies. I took a very close look at everything that had been done in that office over the past few years to see how we could do the things that had to be done and that clearly fit our mandate to serve the public and yet do them with less money. This kind of thought process is going on continuously. We are very carefully evaluating what we do because it is nice to have and what we do because we have to. Every penny that is saved is gobbled up by the research department.

The publications people stress that one of the documents you mentioned is already in its second printing. We cannot handle the number of requests that we get to come and tour areas to talk about the stress document. When we go out and talk about the stress document, it is homemakers, businesswomen and every type of woman. There is no stereotypical woman who comes in for our stress document.

Ms Black: You mentioned some of your upcoming research projects on poverty, the working poor, taxation policy and women. When you are looking at those kinds of research projects, do you look at budget implications, for instance, the implication of the last budget on women?

Ms Farrant: Do you mean the federal budget? Yes. Very clearly, when the federal budget came down, immediately a committee was struck to review it, to look at the implications on women, both direct implications through things like the funding cuts, which are quite

[Traduction]

quatre ans, puisque nous n'avons pas assez d'argent pour l'entreprendre tout de suite. Donc, la situation est très difficile.

Mme Black: Si vous pouviez obtenir exactement ce que vous vouliez, quelle augmentation de votre budget demanderiez-vous?

Mme Farrant: Il y a quelques années, on nous a accordé une augmentation de 500,000\$, qui ont servi à financer des projets, et qui ont donc très vite disparu. Mais c'est certain que nous essaierions de prévoir l'utilisation de tout appoint de fonds sur plusieurs années. Pour vous citer un autre exemple, mon bureau à Calgary a été fermé pendant environ trois mois, puisqu'il n'y avait pas de vice-présidente dans l'Ouest du Canada.

Lorsque j'ai été nommée, l'une des premières actions du bureau d'Ottawa a consisté à enlever 30,000\$ de mon budget pour consacrer ces fonds à la recherche. Ceux-ci ont tout de suite été dépensés pour financer un projet.

Chaque fois qu'on trouve de l'argent, on le dépense immédiatement. Voilà pourquoi le Conseil contrôle de si près les dépenses, grâce à un système de distribution centralisé.

Pendant le premier mois de mon mandat, j'ai consacré tout mon temps à l'examen de nos programmes administratifs. Comme j'avais déjà travaillé dans l'industrie pétrolière et gazière, je trouvais tout à fait normal d'essayer d'économiser de l'argent. J'ai examiné toutes les activités des récentes années de notre bureau régional pour voir comment on pourrait parvenir à remplir notre mandat vis-à-vis du public tout en dépensant moins. C'est le genre de choses qu'on fait constamment. Nous sommes toujours en train de nous demander ce qui est facultatif et ce qui est indispensable. Chaque sou qu'on arrive à économiser est consacré à la recherche.

Nos représentants du service des publications me font remarquer que l'un des documents que vous avez mentionnés en est déjà à son deuxième tirage. D'ailleurs, nous ne sommes pas en mesure d'accepter toutes les demandes qui nous sont adressées pour parler du document sur le stress. Quand on va dans les régions pour parler du document sur le stress, ce sont les ménagères, les femmes d'affaires et toutes sortes de femmes qui assistent à ces conférences. Il n'y a pas qu'un seul type de femmes qui s'intéresse à ce document.

Mme Black: Vous avez mentionné les projets de recherche que vous allez bientôt entreprendre sur la pauvreté, les travailleurs pauvres, la politique fiscale et les femmes. Quand vous préparez de tels projets de recherche, essayez-vous de relier cela au budget—par exemple, l'incidence du dernier budget sur les femmes?

Mme Farrant: Vous parlez du budget fédéral? Oui, c'est sûr. Lorsque le dernier budget fédéral a été déposé, nous avons tout de suite établi un comité pour étudier ses répercussions sur les femmes—répercussions directes, en raison des restrictions budgétaires qui sont assez claires et

[Text]

obvious and specific, and those in other areas where there is a ripple effect that specifically affects women.

Ms Black: How is that information given?

Ms Farrant: We come up with a communication that often is in the form of a letter to either the minister or the Prime Minister. Then the information we use when we are called by the media becomes part of the education of the public.

Mme Gabrielle Bertrand (députée de Brome—Missisquoi): Je veux d'abord vous féliciter pour votre exposé. La matière en est très vaste. En quelques pages, vous avez résumé beaucoup de travail et de recherche.

• 1900

Je voudrais vous poser des questions sur deux points. Vous dites que vous êtes un comité consultatif auprès du gouvernement. Quand vous discutez avec les fonctionnaires, les politiciens, les ministres, pouvez-vous chiffrer des choses? Étant donné les implications financières de certains programmes, par exemple la garde des enfants, et étant donné la capacité de payer du gouvernement, est-ce que vous allez jusqu'à accoler un chiffre à certaines initiatives dans vos recherches? Est-ce que vous prenez cela en considération?

Ms Farrant: A mixed answer, unfortunately. We are in the process of buying a data base that will help us better evaluate how realistic are we being, how fair are we in our expectations, given today's world, when we make recommendations to the government. We can then better decide on the recommendations we make, how they can be structured, and which ones the government will even have a chance of accepting. We are trying to be more responsible in that way. We did not have the data in the past to do it. With the small staff we have and the small budget, it was impossible to do that kind of research.

One of our hopes is that in the future recommendations will be accompanied with those types of figures. In the past we had to rely on the particular ministry involved which had the staff to come up with the numbers that we put forward.

Mme Bertrand: Dans le domaine des garderies, ce serait le paradis sur terre s'il y avait une place en garderie pour chaque enfant du Canada, mais cela suppose un chiffre astronomique connaissant la capacité de payer du gouvernement. On oublie souvent que l'argent du gouvernement, c'est l'argent de tous les citoyens. Est-ce que vous essayez d'être réaliste dans vos recommandations et de tenir compte de la capacité de payer du pays?

Ma deuxième question porte sur l'avortement. Dans cette dernière publication, vous dites:

[Translation]

précises, et répercussions indirectes, qui touchent les femmes de façon spécifique.

Mme Black: Comment faites-vous pour transmettre cette information au public?

Mme Farrant: Souvent nous préparons une lettre, mettons, adressée soit au ministre responsable, soit au premier ministre. Ensuite nous transmettons cette information au public par l'entremise des médias qui nous demandent notre avis.

Mrs. Gabrielle Bertrand (Brome—Missisquoi): I would like to begin by commending you on your presentation. You have given us a great deal of information. In just a few pages, you have provided us with a summary of much of the work and research you carry out.

There are two points in particular I would like to raise with you. You call yourself an advisory council. But when you discuss various issues with officials, politicians or ministers, do you try and put a figure to what you are proposing? Given the financial implications of some programs, and given the government's limited funds, do you actually do a cost assessment of initiatives you intend to propose when conducting your research? Do you take that into consideration?

Mme Farrant: Oui et non. C'est-à-dire que nous sommes en train de nous procurer une base de données qui nous permettra de mieux évaluer nos propositions, et de savoir si les recommandations que nous offrons au gouvernement sont à la fois réalistes et normales, étant données les circonstances actuelles. Quand nous l'aurons, nous saurons mieux formuler nos recommandations, recommandations, d'ailleurs, qui seront plus susceptibles d'être acceptées par le gouvernement. Nous essayons d'assumer nos responsabilités sur ce plan-là. Jusqu'ici, nous n'avons pas eu suffisamment de données pour le faire. Étant donné nos effectifs et nos fonds limités, nous étions dans l'impossibilité de faire ce genre de recherches.

Nous espérons, cependant, que nos recommandations futures seront justement accompagnées d'une estimation du coût d'un projet. Par la passé, nous avons toujours dû nous adresser au ministère pour avoir une idée du coût d'un projet particulier.

Mrs. Bertrand: On the childcare issue, ideally, of course, there should be a daycare spot for every child in Canada who needs one, but the cost of that would be astronomical, and the government only has a limited ability to pay for such initiatives. It is often forgotten that government revenues come from Canadian taxpayers. So, I was really just interested in knowing whether you try to be realistic in making your recommendations and whether you take into account the government's ability to pay?

My second question has to do with abortion. In your latest publication, you say:

[Texte]

Le Code criminel et les règlements des provinces qui régissent la pratique médicale constituent une protection suffisante contre la négligence professionnelle et la pratique illégale de la médecine et permettent de veiller à ce que les meilleurs soins possibles soient assurés compte tenu des circonstances. Aucune autre loi ne s'avère nécessaire ou justifiée.

Je parle toujours de l'avortement. Je pense que nous sommes tous ici assez avertis dans ce dossier-là et que nous savons qu'il y a des juridictions à respecter. Cependant, on sait ce qui s'est passé cet été au Québec, ainsi qu'en Ontario dans le cas Dodd. Il y a eu toute cette saga judiciaire, et les médias se sont emparés du sujet. Croyez-vous toujours qu'une absence de loi pourrait empêcher que ces abus-là ne se répètent? Comment pouvez-vous expliquer cela?

Ms Farrant: An excellent point. Yes, I do very strongly. Our feeling is that what happened this summer, the great outswelling from women and women's groups and sympathetic men across the country for legislation, showed they wanted action, they wanted something in the Criminal Code to protect women from being dragged through the courts and having their whole lives made into a circus. They called for the Criminal Code and I think that was a gut reaction—something has to be done, well, what can be done?

What they did not realize though is that you cannot write a law to stop somebody from taking somebody to court, which is basically what they were seeking. What was needed was what happened—for the Supreme Court of Canada to say no, it was not going to allow this third party intervention. Until we have the complete response from the Supreme Court of Canada we cannot be sure, but the hope is that now that the Supreme Court of Canada has said it will not even listen to these third party challenges, there is no reason to bring them forward. They were only going to be brought forward if the expectation was that the courts would listen to them. If the courts now know that a third party challenge will not go anywhere, then those challenges are stopped and women will no longer be dragged through the courts. But as soon as you put it back into the Criminal Code, it reopens the possibility that women will be dragged through the courts regardless of the reason for their abortion or the relationship with the person who is dragging them through the courts. So it is very important that it does not go back into the Criminal Code, or the circus we had this summer will occur again.

• 1905

Mme Bertrand: Oui, mais les cours sont là pour interpréter la loi. S'il n'y a pas de loi, les cours sont inopérantes. La Cour suprême a dit dans le cas Borowski,

[Traduction]

The Criminal Code and provincial regulation of medical standards and practitioners continue to provide adequate protection against malpractice and unqualified practitioners, and to ensure that the best medical practice under the circumstances is observed. No further legislation is necessary or warranted.

Still on the subject of abortion, I think that we are all quite aware of the issues involved here; we all know that matters of provincial jurisdiction must not be tampered with. However, we also know what happened this summer in Quebec, and in Ontario as well, with the Dodd case. We saw the saga unfolding before the courts, and it became a real media circus. Do you still believe that in the absence of legislation, such abuses would not recur? How do you explain your position?

Mme Farrant: Vous avez soulevé un excellent point. Oui, j'en suis tout à fait convaincue. Quant à ce qui s'est produit cet été, nous sommes d'avis que le tollé général que tout cela a provoqué chez les femmes, les groupements féminins et certains hommes qui compatissaient avec notre situation prouve justement que les gens veulent voir agir le gouvernement; qu'ils veulent qu'on prévoie quelque chose au Code criminel pour empêcher que les femmes soient traînées devant les tribunaux, et que les détails de leur vie personnelle soient exposés en long et en large par les médias. Ils demandaient la modification du Code criminel et je pense, en fait, que c'était une réaction tout à fait spontanée et instinctive—c'est-à-dire, il faut faire quelque chose, qu'est-ce qu'on peut faire?

Ce qu'ils ne réalisaient pas, cependant, c'est qu'on ne peut pas créer une loi qui empêche les gens d'aller devant les tribunaux, et c'est plus ou moins ce qu'ils demandaient. Ce qu'il fallait, c'est que la Cour suprême du Canada dise non, on ne permettra pas à un tiers d'intervenir dans cette affaire, et c'est justement ce qui s'est produit. Mais tant que nous ne connaissons pas la réaction de la Cour suprême du Canada, nous ne pouvons pas être sûres de l'issue de tout cela; puisque la Cour suprême a déjà déclaré qu'elle n'accueillera pas les requêtes présentées par un tiers, nous espérons qu'il n'y aura plus de requêtes du tout. Si les tribunaux savent que ce genre de requête n'aboutira à rien, il n'y en aura plus du tout, et les femmes ne seront plus traînées devant les tribunaux de cette façon. Mais si l'on décide de traiter cette question dans le cadre du Code criminel, une fois de plus, il sera possible de traîner une femme devant un tribunal, quels que soient le motif de son avortement ou ses rapports avec la personne qui présente la requête. Il importe donc qu'on ne recriminalise pas l'avortement, et qu'on évite absolument le genre de cirque auquel nous avons assisté cet été.

Mrs. Bertrand: Yes, but the job of the courts is to interpret the law. If there is no law, the courts cannot function. In the Borowski case, I believe the Supreme

[Text]

je crois: Nous ne rendons pas de jugement parce qu'il n'y a pas de paramètres, de balises ou de loi; nous ne pouvons pas nous baser sur quoi que soit pour juger d'un cas.

Tous attendent une décision. Les cours attendent une décision du Parlement. Le Parlement aimerait que les cours rendent une décision. Au plan fédéral, ce n'est que dans le cadre du Code criminel qu'on peut agir. C'est donc une impasse. Même si je suis d'accord sur ce que vous recommandez, j'ai l'impression que le Parlement fédéral se doit d'agir d'une façon ou d'une autre.

Avez-vous une demi-solution ou une solution à cette impasse?

Ms Farrant: The solution we are suggesting is very clearly that it not go into the Criminal Code, that the likelihood now of a third party intervention is relatively small following what the Supreme Court has done. The likelihood of third party intervention or legal delays for an abortion, if it goes back into the Criminal Code, become very strong, very large. We feel abortion is a health issue, that doctors are in a better position than lawyers are to advise a woman on whether or not she should have an abortion and on the effects of that abortion and to make any kind of decisions related to the fetus. It is the doctor who shall make that decision, and ultimately he will anyway because he has to perform the abortion.

We therefore feel very strongly that any legislation that is required must go into the Canada Health Act, and it will be there that whatever guidelines or regulations that are felt to be required. . . We do not necessarily feel any are required other than what is in the Canada Health Act, but if there is a need to have something happen, then it can happen through the Canada Health Act. The Criminal Code would be a massive step backwards. For us, the compromise is the Canada Health Act.

Mme Bertrand: Supposons que cela ne soit pas régi par le Code criminel, mais par une autre loi. Quand il y a une loi, il faut qu'elle soit respectée. Si la loi n'est pas respectée, il doit automatiquement y avoir une sanction. C'est là qu'est la difficulté, et vous la comprenez sans doute aussi. Nous, comme parlementaires, avons à décider ou à poser un. . .

The Chairman: Did you wish to respond further to that?

Mrs. Maheu (Saint-Laurent—Cartierville): I found that very interesting. I think you should respond, if you have a response.

Ms Farrant: I would be very glad to, thank you. My response is that the Canada Health Act is a regulation and, yes, it will have sanctions. But again, it will then be the doctor as opposed to a lawyer who makes the decision as to whether or not the operation should be performed and whether or not those sanctions should apply. The way a lawyer will look at the situation, with all due respect—

[Translation]

Court said that it could not make a ruling because there were no legal parameters, no legislation; that it had nothing on which to base a ruling in that case.

We are all waiting for a ruling, and the courts are waiting for Parliament to make a decision. Parliament would like to courts to hand down a ruling. At the federal level, we can only act in the context of the Criminal Code. So, we are at an impasse. Even though I agree with what you are recommending, it is my feeling that the federal Parliament must take some sort of action.

Do you see any partial solution to this problem or any way out of this impasse?

Mme Farrant: La solution, en ce qui nous concerne, c'est qu'il faut à tout prix éviter de traiter cette question dans le Code criminel, surtout que les chances pour qu'il y ait d'autres mises en cause sont relativement faibles, étant donné la décision de la Cour suprême. Mais si l'on décide de prévoir quelque chose dans le Code criminel, il y a de très fortes chances pour que les tiers décident d'intervenir pour que les femmes soient tenues d'attendre pour se faire avorter. Pour nous, l'avortement concerne la santé des femmes, et nous estimons que les médecins sont beaucoup mieux placés que les avocats pour conseiller une femme sur l'opportunité et les effets d'un avortement et pour prendre ce genre de décision. C'est du médecin que relève ce genre de décision, et c'est lui qui doit la prendre en fin de compte, puisque c'est lui fait l'intervention.

Nous sommes donc tout à fait convaincues que si des mesures législatives s'avèrent nécessaires, il faut absolument passer par la Loi canadienne sur la santé, si l'on estime qu'il faut absolument des lignes directrices ou des règlements. . . Nous ne pensons pas qu'il en faille nécessairement, mais s'il en faut, il faut qu'ils passent par la Loi canadienne sur la santé. Passer par le Code criminel serait, pour nous, une mesure fort régressive. En ce qui nous concerne, le seul compromis possible est la Loi canadienne sur la santé.

Mrs. Bertrand: Supposing it were not put back into the Criminal Code, but into other legislation instead. The fact is, once there is a law, it has to be complied with. If it is not complied with, there automatically have to be sanctions. That is where the problem arises, and I am sure you understand that. We, as parliamentarians, must come to some sort of a decision. . .

Le président: Désirez-vous réagir?

Mme Maheu (député de Saint-Laurent—Cartierville): C'est un point fort intéressant. Je pense que vous devriez réagir, si vous avez une réaction.

Mme Farrant: Oui, avec plaisir. À mon avis, la Loi canadienne sur la santé prévoit déjà des règlements et, par conséquent, des sanctions. Mais encore une fois, ce sera le médecin, et non l'avocat, qui décidera si l'avortement est nécessaire et s'il y a lieu ou non de prévoir des sanctions. Malgré le respect que j'ai pour les avocats, je pense que l'optique de l'avocat, si l'on traite cette question dans le

[Texte]

and it is the lawyer who will come into play if it goes into the Criminal Code—is very, very different from the way a doctor will look at it, and we feel very strongly that it is the doctors we want exerting this indirect control, not the lawyers and judges.

Mrs. Clancy: It depends on the lawyer.

Ms Farrant: Well, I would certainly prefer the doctor. But if sanctions are necessary, if there are inappropriate actions happening, again it should be the sanctions towards... At some point there have to be sanctions against the doctor as well, so why not put it directly into the Canada Health Act? The things that are in the Criminal Code now will take care of any of those improprieties we are worried about.

• 1910

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): I too would like to thank the group, and as a medical doctor, although I am sitting here with two of my medical colleagues in a different capacity, I cannot escape the temptation to comment—and it is a serious comment. If in fact it is up to the doctor to advise and the doctor has to be answerable to a sanction, the question arises: If the first doctor says no and the second doctor says yes, is the first doctor subject to malpractice? I will leave it at that. In other words, there are serious issues to which one has to find answers—and they are not simple issues.

The Law Reform Commission also says that we have to consider the life of the fetus, and I think those things have to be taken into account.

However, why would you like to be involved in the determination of the amount of the proposed programs you may want to advocate? Is it not that you are to propose what ought to be good, and that it is the job of the bureaucrats to determine the cost? Let the bureaucrats determine whether this is too much and they can move from there. I think it will increase your workload, and with a constricting budget you may find yourself spending it on economic studies just on this point. How do you comment on that?

Ms Farrant: We have always wanted to have women's voices heard. It is our feeling that a recommendation may go forward that is analysed from one perspective but ignores aspects that a woman may automatically see.

To follow up on the example of child care, if a bureaucrat was analysing the cost of a national child-care program, he would take into consideration the cost of the facilities, the staff and that would be it. If we were involved in or asked about that analysis, we would add in things such as the negative costs, i.e., the benefits. Take, for example, homemakers who are in the Yukon for two

[Traduction]

Code criminel, sera très différente de celle du médecin, et nous sommes donc tout à fait convaincues que ce sont les médecins qui doivent jouer ce rôle indirect, et non les avocats et les juges.

Mme Clancy: Cela dépend de l'avocat.

Mme Farrant: Eh bien, je préfère que ce soit le médecin. Mais si des sanctions s'avèrent nécessaires, encore une fois, il faudrait que ce soit des sanctions... C'est-à-dire que le médecin fera l'objet de sanctions également, alors pourquoi ne pas les prévoir dans la Loi canadienne sur la Santé? Les dispositions actuelles du Code criminel permettent déjà de traiter les cas d'actions ou de comportements inappropriés qui nous inquiètent.

M. Pagtakhan (Winnipeg Nord): Moi aussi je tiens à remercier les témoins, et à titre de médecin, même si j'occupe un poste tout à fait différent de celui de mes deux confrères médecins, je ne peux m'empêcher de faire un commentaire—et il s'agit d'un commentaire sérieux. S'il appartient au médecin de fournir une recommandation, et qu'il puisse d'ailleurs faire l'objet d'une sanction, la question suivante se pose: Si le premier médecin s'objecte et si le deuxième est d'accord, est-ce que le premier médecin a fait preuve de négligence professionnelle? Je n'en dis pas plus. Autrement dit, nous devons répondre à de sérieuses questions.

La Commission de réforme du droit indique également que nous devons tenir compte de la vie du fœtus. Je pense qu'il faut tenir compte de cette opinion.

Cependant, pourquoi voudriez-vous participer à l'établissement du budget des programmes proposés que vous voudrez peut-être défendre? Les propositions que vous allez présenter seront sans aucun doute valables, mais n'appartient-il pas aux fonctionnaires d'en déterminer les coûts? Laissez les fonctionnaires déterminer si les sommes en question sont trop élevées; ensuite, les choses suivront leur cours normal. Je pense que tout cela augmenterait votre charge de travail et, disposant d'un budget restreint, vous finiriez peut-être par le consacrer uniquement à des études économiques destinées à démontrer le bien-fondé de ces programmes. Quels sont vos commentaires à ce sujet?

Mme Farrant: Nous avons toujours voulu que le point de vue de la femme soit entendu. Nous pensons qu'une recommandation peut être proposée, qui est bien pensée dans une certaine perspective mais qui ne tient pas compte de certains aspects qui sont évidents aux yeux d'une femme.

Reprenons l'exemple des garderies. Si un fonctionnaire analysait les coûts d'un programme national de garde d'enfants, il tiendrait compte du coût des installations et du personnel et il s'arrêterait là. Si nous participions à cet exercice ou si on nous demandait notre opinion, nous demanderions l'ajout d'éléments comme les coûts négatifs, c'est-à-dire, les avantages. Par exemple, prenons les

[Text]

months in the winter; there has not been an hour of daylight, four or five children have the flu, and the homemakers are going absolutely bananas because they just cannot get anything done. If those homemakers could leave their children in the care of somebody else for just an hour so they could step out and have a rest, have a breath of fresh air—something that everybody in the paid work force can have every day at lunchtime or at coffee breaks—how many fewer child abuse cases would we see? How many fewer alcoholic problems would we see? How many fewer suicides would we see? That is something that we feel should go into the calculation.

A loss of productivity is seen in the Canadian work force because women do not have anywhere to leave children who have contagious diseases, and so they have to call in sick themselves because their children are sick. These are aspects of the calculation that we feel we could bring, which maybe the bureaucrats would not add in.

Mr. Pagtakhan: I am not disputing that. I have assumed that you would have brought forward the scenario as ideals for the program and for them to give the cost analysis.

My second question is related to Ms Black's earlier question. How soon does the minister see a draft of your report before it becomes final, or does it ever happen?

Ms Farrant: The minister does not see it before the people at this table see it.

Mr. Pagtakhan: In terms of brief on the UIC, which you are to submit tomorrow, can you just give us a brief summary in one sentence? Are you supporting the proposed changes to the UIC or not?

Ms Farrant: Yes, I can; the answer is no.

Mr. Pagtakhan: Coming back to abortion, has your group considered doing a study and trying to define the various reasons that women ask for an abortion? Has that been considered by your group? In other words, I submit there are various causes, and unless we come to the ethology, to the specific causes of why a woman would ask for an abortion, the approach they are currently providing is not truly the ultimate approach. Have you considered a study?

Ms Farrant: No, we have not.

Mr. Pagtakhan: Would you like to consider that?

Ms Farrant: Offhand I would probably say no, for one reason: I feel very strongly that each woman makes that decision for extremely personal reasons, and every woman's situation would be different. It would be very

[Translation]

ménagères qui sont au Yukon pendant deux mois au cours de l'hiver; il n'y a pas une seule heure d'ensoleillement, quatre ou cinq enfants ont la grippe et les ménagères deviennent tout à fait dingues parce qu'elles ne peuvent rien accomplir. Si ces ménagères pouvaient confier leur enfant à quelqu'un d'autre, même pour une heure, elles pourraient sortir du foyer et se reposer—un avantage dont peut se prévaloir tout travailleur rémunéré à chaque jour à l'heure du repas ou à l'heure de la pause—quelle serait la réduction de la violence faite aux enfants? Quelle serait la réduction des problèmes d'alcoolisme? Quelle serait la réduction des suicides? Nous pensons que nous devons tenir compte de tous ces aspects dans l'établissement des calculs.

La population active canadienne connaît une baisse de productivité parce que les femmes n'ont aucun service de garde pour leurs enfants atteints de maladies contagieuses, elles doivent donc prendre une journée de congé de maladie parce que leur enfant est malade. Voilà des éléments que nous pourrions faire valoir dans ces calculs, élément que les fonctionnaires pourraient oublier.

M. Pagtakhan: Je ne conteste pas ce que vous dites. J'ai supposé que vous auriez présenté un scénario idéal pour le programme et que les fonctionnaires n'auraient eu qu'à en établir les coûts.

Ma deuxième question touche une question posée précédemment par M^{me} Black. À quel moment le ministre recevra-t-il une ébauche de votre rapport avant qu'il ne soit présenté dans sa forme finale, est-ce que vous procédez de cette façon?

Mme Farrant: Le ministre ne prend pas connaissance de notre rapport avant les membres de ce Comité.

M. Pagtakhan: Au sujet de votre mémoire sur l'assurance-chômage, que vous allez déposer demain, pouvez-vous nous le résumer en une phrase? Appuyez-vous les changements proposés à l'assurance-chômage, oui ou non?

Mme Farrant: Oui, je puis vous en donner un résumé; la réponse est non.

M. Pagtakhan: Pour revenir à la question de l'avortement, est-ce que votre groupe a songé à faire une étude et à essayer de définir les diverses raisons motivant les femmes à demander un avortement? Est-ce que votre groupe a envisagé cette possibilité? En d'autres mots, je pense qu'il y a diverses raisons, et à moins que nous en venions à l'éthologie, aux raisons précises motivant une femme à demander un avortement, la démarche présentement utilisée n'est pas vraiment la solution finale. Avez-vous songé à faire une étude?

M. Farrant: Non, nous n'y avons pas songé.

M. Pagtakhan: Envisageriez-vous de faire une étude?

Mme Farrant: À brûle-pourpoint, ma réponse serait probablement non, cela pour une raison: Je pense fermement que chaque femme prend une telle décision pour des raisons tout à fait personnelles, et chaque femme

[Texte]

difficult to say statistically that x percent of women have abortions for these reasons.

• 1915

Mr. Pagtakhan: Are you then not prejudging a potential result or results of a research study? Research, to me, is for something that you do not know all the answers to and you like to look into. But if you, on the basis of impressions, with no research data, make a conclusion, then in fact it is a challenge to real, good research. I will submit that your group should consider very seriously looking into that because it is a big societal issue that Canada must face if we are truly to help the women of our country.

In terms of the budgeting again, because we are to pass on that, could you give a breakdown—and you alluded to this—of the cost of administration; and then, two, the costs of the various activities—research, education, advocacy and networking—and then answer the question as well of the possible duplication of work that you do that other women's groups do as well, and can we save on that?

Ms Farrant: I will ask Lise to answer the first part, but on the issue of duplication we are very cautious not to duplicate. Research projects are not accepted if there is any sense that similar research has been done by others because that would be a gross misuse of funds. It would make—

Mr. Pagtakhan: How about education programs, information?

Ms Farrant: Our education is our books. Our books are based on our research. If research feel a project has not been done before, they will provide a publication. The speaking that I do, that the council members do, the public awareness sessions, the outreach sessions, are all based on our publications. All education starts with our publications, so that in itself tells you it will be a project that nobody else has pursued yet.

Very frequently others pick up projects very quickly after we do. We try very hard to be in the forefront of these issues and then let others carry them off in various directions.

Ms Black: I am getting a just a wee bit confused about what the position of the advisory council is now on the issue of reproductive freedom and choice for women. You are not advocating sanctions against women. I know that you said quite clearly that you are not advocating any recriminalization. But you are also, I believe, not

[Traduction]

se retrouve dans une situation unique. Statistiquement, il serait très difficile de dire qu'un certain pourcentage de femmes demandent un avortement pour telle ou telle raison.

M. Pagtakhan: Est-ce que vous ne jugez pas à l'avance le ou les résultats possibles d'une étude? Pour moi, la recherche sert à étudier un domaine où vous ne connaissez pas toutes les réponses. Mais, si vous en arrivez à une conclusion en vous appuyant sur des impressions et sans aucune donnée de recherche, vous remettez ainsi en cause les véritables travaux de recherche. Je pense que votre groupe devrait songer très sérieusement à étudier cette question, car le Canada doit régler ce choix de société si nous voulons véritablement aider les Canadiennes.

Pour en revenir à la question du budget, pouvez-vous nous donner la ventilation—à laquelle vous avez fait allusion—des coûts d'administration; puis, les coûts des diverses activités—recherche, éducation, promotion et établissement de réseaux. Par la suite, pourriez-vous répondre à la question du possible double emploi entre votre organisme et d'autres groupes de femmes? Pourrions-nous réaliser des économies à ce chapitre?

Mme Farrant: Je vais demander à Lise de répondre à la première partie de votre question; en ce qui concerne le double emploi, nous sommes très prudentes à ce sujet. Un projet de recherche n'est pas accepté si nous pensons qu'une recherche semblable a été faite ailleurs, car il s'agirait là d'un usage impropre de fonds. Cela ferait. . .

M. Pagtakhan: Qu'en est-il des programmes d'éducation, d'information?

Mme Farrant: Nos programmes d'éducation se résument à nos livres qui sont le fruit de nos travaux de recherche. Si notre section de la recherche pense qu'un projet n'a pas été fait par le passé, cette section préparera une publication. Les données que je vous transmets et que les membres du Conseil vous transmettent, les séances de sensibilisation du public, les programmes d'éducation communautaires, s'appuient tous sur nos publications. Tous les programmes d'éducation ont pour point de départ nos publications, cela vous indique donc qu'il s'agit toujours d'une recherche novatrice.

Très souvent, d'autres organismes reprennent les recherches immédiatement dans la foulée de nos travaux. Nous déployons beaucoup d'efforts pour être à l'avant-scène de ces questions et par la suite, nous laissons les autres organismes exploiter toutes les diverses avenues.

Mme Black: Je ne comprends très bien quelle est la position du Conseil consultatif au sujet de la question de la liberté de reproduction et du choix pour les femmes. Vous ne préconisez pas de sanction contre les femmes. Je sais que vous avez déclaré très clairement que vous ne préconisez pas la recriminalisation. Mais je pense que

[Text]

recommending or even endorsing in any way any kind of sanctions vis-à-vis gestational limits or—

Ms Farrant: No, I hope I did not leave that impression. We are clearly against recriminalization. We are clearly against gestation—period, period. We feel very strongly that women are on the whole a very intelligent and very sensitive group, by their nature, and certainly a woman who is pregnant physically becomes more sensitive, more aware of her body. She just cannot help it. I mean, the hormones do it for her.

Any decision that she makes is made with great difficulty, great sensitivity, and she goes through a great deal of anguish making that decision. We do not feel that she makes that decision lightly. Any gestation period argument then puts a limit at some point in that pregnancy. Are we then saying that women are more intelligent before 18 weeks of pregnancy and less intelligent afterwards? Hopefully, we were not.

There are so few pregnancies that are aborted in the final stages, and those that are tend to be because of some malfunction or for very specific health reasons. You do not carry it that far without a very good reason. Then something goes wrong, or there has been some problem you were not aware of previously, or women have come from remote areas and it has taken them a long time before they have had an amneo or something to let them know. We are very clearly against gestation. We think it is a double penalty for women who are already in crisis because they found out there is something wrong.

Ms Black: Thank you very much. I just wanted to get that clearly on the record.

Ms Langan (Mission—Coquitlam): One of the areas that has been raised with me by DAWN, the disabled women's group, is the amount of sexual abuse and sexual assault that goes on with regard to disabled women. I am wondering if you have given any thought to doing some research specifically on disabled women and those kinds of issues, because obviously those groups are most often operating on zero or next-to-zero budgets and lack the ability to bring their case forward. They are in double jeopardy, if you like.

• 1920

Ms Farrant: We have met with a number of different disabled women's groups across Canada and heard their concerns, everything from our publications not taking into consideration people with visual disabilities and things like that to the kind of problems they face in the workplace, in their communities, in their residences. That

[Translation]

vous ne recommandez pas non plus ou n'approuvez même pas une quelconque limite concernant la période de gestation ou. . .

Mme Farrant: Non, j'espère que je n'ai pas donné cette impression. Nous sommes nettement opposées à la recriminalisation. Ainsi qu'à toute limite de la période de gestation, un point c'est tout. Nous avons l'intime conviction que, de façon générale, les femmes sont très intelligentes et très sensibles par nature. Une femme enceinte devient physiquement plus sensible, plus à l'écoute de son corps. Elle n'y peut rien. Les hormones sont à la base de ce changement.

La décision qu'une femme enceinte prend est très difficile et fait appel à beaucoup de sensibilité, sans compter toute l'angoisse qui entoure cette décision. Nous ne pensons pas qu'elle prenne une telle décision à la légère. Toute considération relative à la période de la grossesse impose alors une limite à un point donné de la grossesse. Est-ce que nous voulons dire que les femmes sont plus intelligentes avant 18 semaines de grossesse et moins intelligentes par la suite? J'espère que non.

Il y a très peu d'avortements au cours des dernières étapes de la grossesse, et les avortements faits à ce stade sont justifiés par des malformations ou des raisons de santé bien précises. Une femme ne mène pas une grossesse jusqu'à ce stade sans avoir une très bonne raison. Puis survient un problème, ou il y en a un que vous ne connaissiez pas auparavant, ou encore des femmes viennent de régions éloignées et il leur a fallu tout ce temps avant de subir une amniocentèse ou un autre examen qui leur fasse prendre connaissance de leur situation. Nous sommes opposés à toute limite liée au stade de la grossesse. Nous pensons qu'il s'agit là d'une façon de doublement pénaliser les femmes qui sont déjà dans une situation de crise parce qu'elles viennent de s'apercevoir que leur grossesse pose un problème.

Mme Black: Je vous remercie beaucoup. Je voulais qu'on précise ce point pour le compte rendu.

Mme Langan (Mission—Coquitlam): Un groupe de femmes handicapées, DAWN, a soulevé le problème de l'abus sexuel et des agressions sexuelles auprès des femmes handicapées. Je me demande si vous avez pensé à faire de la recherche touchant les femmes handicapées et d'autres groupes semblables? Car ces groupes fonctionnent souvent avec peu ou pas d'argent et n'ont pas la compétence voulue pour présenter leur cas. Ils sont doublement perdants.

Mme Farrant: Nous avons rencontré divers groupes de femmes handicapées de partout au Canada et elles nous ont fait part de leurs inquiétudes, notamment des problèmes auxquels elles font face dans leur milieu de travail, dans leur communauté et chez elles. Ces groupes nous ont même signalé que nos publications n'étaient pas

[Texte]

is one of the projects we have talked about and we are considering at this point for our three-year plan.

Ms Langan: I am glad to hear that. I think all the areas disabled women face are important, but I am particularly concerned, because of their vulnerability—their special vulnerability, often—about a study on sexual assault and sexual abuse. So I would hope you would give some consideration to making that the number one priority. The figures are staggering. I would not want to throw them out here, because it has been some time since I have heard them. But I was staggered when I heard them.

About ongoing communication with Members of Parliament beyond the minister, is there something within your mandate that encourages you to communicate with us, to come to us for ideas on the kinds of feedback we get from our ridings? I would not suggest for a minute we can impose on you any kind of influence in the way of the kinds of things the advisory council should be studying or undertaking, but often, because we get endless mail, issues arise in such a way that we start to see a pattern, maybe geographical or a pattern that may well turn out to be a national pattern that some of us, if we had not communicated, would not identify.

Ms Farrant: I see it in two ways. For us, you are just another tool of people who are in contact with a lot of other people who can come forward with ideas. So to me it is totally appropriate. . . in fact it happens even in the regional office, where a member will meet with a group of people, they ask him or her for something, and his or her response is, well, I will write a letter to the Canadian Advisory Council suggesting you raise this issue and asking them to consider it. That is quite appropriate, and it helps us as much as it helps you.

Ms Langan: Right. Just one suggestion. Maybe at some point we could have an informal forum where we do bat around those kinds of ideas—

Ms Farrant: Interesting.

Ms Langan: —and share information. It might be worthwhile. Not in this formal kind of forum, but. . .

Ms Farrant: It would be very useful for everybody.

The Chairman: Just before moving to this side, I may have inadvertently cut off one of the questions. I think the doctor raised a question about how much is spent on administration as compared with education—that was the thrust of your question, sir, I believe—and I guess I neglected to give you a chance to respond to that.

Ms Farrant: Thank you, Mr. Chairman. You actually gave us more time to prepare the answer.

Mme Lise Benoit (directrice de l'Administration, Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme):

[Traduction]

accessibles aux handicapés visuels. Nous étudions à l'heure actuelle un projet visant ces groupes, projet que nous allons possiblement incorporer à notre plan triennal.

Mme Langan: Je suis heureuse de l'apprendre. À mon avis, tous les problèmes qui touchent les femmes handicapées sont importants, mais je suis particulièrement inquiète au sujet d'une étude sur les agressions et les abus sexuels en raison de la vulnérabilité, souvent très grande, de ces femmes. J'espère que vous allez accorder une grande priorité à ce problème. Les statistiques sont effarantes. Je ne peux vous citer de chiffres car il y a déjà quelque temps depuis que je les ai entendus. J'en ai été renversée.

Pour ce qui est de la communication permanente avec les députés autres que le ministre, y a-t-il quelque chose dans votre mandat qui vous encourage à communiquer avec nous et à nous consulter sur les réactions de nos commettants? Je ne voudrais pas dire par là que nous voulons exercer une influence sur le genre de projets ou d'études que doit entreprendre votre conseil consultatif. Nous recevons une montagne de courrier et souvent, nous constatons une tendance géographique ou autre dans la façon dont les questions sont soulevées. Cette tendance pourrait également se refléter à l'échelle nationale mais il se peut qu'elle passe inaperçue sans votre intervention.

Mme Farrant: Je vois cela de deux façons. À nos yeux, vous êtes un outil de plus, des personnes qui communiquent avec une foule d'autres personnes, sources d'idées. À mon avis, la chose est tout à fait normale. De fait, ça se produit même dans notre bureau régional: un député rencontre un groupe de personnes qui lui posent une question. Le député répond qu'il écrira au Comité consultatif pour lui faire part du problème et lui demander de l'étudier. C'est tout à fait naturel et aussi utile pour vous que pour nous.

Mme Langan: D'accord. J'ai une suggestion à vous faire. Peut-être pourrions-nous nous rencontrer officiellement pour discuter de ces questions. . .

Mme Farrant: Cela est intéressant.

Mme Langan: . . . et échanger. L'idée a peut-être du mérite. Je ne parle pas de séances officielles comme celle-ci, mais. . .

Mme Farrant: Ce serait utile pour nous toutes.

Le président: Avant de passer à ce côté-ci, il se peut que j'aie interrompu une question par inadvertance. Je crois que le docteur voulait savoir quelle partie de votre budget était consacrée à l'administration et quelle partie à l'éducation. C'était cela votre question, n'est-ce pas? Je crois que je n'ai pas donné au témoin le temps d'y répondre.

Mme Farrant: Merci, monsieur le président. En fin de compte, cela nous a permis de mieux préparer notre réponse.

Mrs. Lise Benoit (Director of Administration, Canadian Advisory Council on the Status of Women):

[Text]

Environ 20 p. 100 de notre budget vont aux coûts administratifs, c'est-à-dire les coûts reliés à l'organisation de nos réunions du Conseil et de nos réunions de l'exécutif, ainsi que les coûts reliés aux fonctions de nos bureaux régionaux et du bureau central à Ottawa. Le reste, soit 80 p. 100 de notre budget, est consacré à la recherche et aux coûts des publications qui sont de plus en plus élevés parce que la demande est de plus en plus forte. Il y a de l'argent pour les frais de déplacement des vice-présidentes et de la présidente lors de leurs tournées au Canada. Il y a aussi le coût des consultations qu'elles font auprès d'autres groupes de femmes de partout au Canada. Donc, en bref, 20 p. 100 du budget sont consacrés à l'administration et 80 p. 100 à la recherche et aux publications du Conseil.

Mr. Pagtakhan: Are you able to break it down—it may be difficult—between research on the one hand, then education and informational programs only? Are you able to divide that up? You lumped them all together.

• 1925

Mme Benoit: Notre budget de recherche, sur un budget total de 3.3 millions de dollars, est d'environ 500,000\$. Cela comprend les coûts reliés au personnel et aux projets de recherche eux-mêmes. On enlève les 20 p. 100 qui sont associés aux frais administratifs, et le reste est utilisé pour les publications, les dépenses de déplacement et l'éducation du public, c'est-à-dire notre section d'affaires publiques qui renseigne le public et distribue nos documents.

Mr. Halliday (Oxford): I would like to add my welcome to our witnesses tonight to those that preceded me and to congratulate them on their brief. In particular, I congratulate Ms Farrant on the excellent way in which she has handled the questions and made the presentation. We hear a lot of witnesses at these tables and very few handle it as effectively and as capably as you have done. I may not always have agreed with what you have said, but that does not detract from the ability you are showing.

There is one area that interests me: the fact that your group does a lot of research work. My colleague Dr. Pagtakhan has touched on that.

I heard just recently in one of the news items that the second main cause of death among youth today is suicide. I think you mentioned it yourself a few moments ago. I see no evidence in what I have seen, read or heard tonight about any work your group might have done on the study of the effects on children of women in the workplace. To me, this might by chance have a bearing on suicide. It might have a bearing on some other social problems we have. I do not see any reference at all to research.

Truly, a mother, as a bearer of children, has to be concerned about the future of children. She has to make major decisions when she goes out in the workplace. I wonder what the research shows. Have you done any? Do

[Translation]

About 20% of our budget is spent on administration, that is, expenses related to organizing Council and Executive Board meetings as well as operating expenses for our regional offices and our head office in Ottawa. The balance of our budget, or 80%, is spent on research and publications. These costs are continually rising to meet the growing demand. Money is also spent to cover the travelling expenses of our vice-presidents and the President, who travel throughout Canada. We also incur consultation expenses when they meet other women's groups from across Canada. In short, 20% of our budget goes to administration and 80% to research and Council publications.

M. Pagtakhan: Pouvez-vous nous dire combien vous dépensez, par poste, pour la recherche, l'éducation et vos programmes d'information? Bien que cela peut être difficile, pouvez-vous nous donner des chiffres? Vous avez regroupé ces trois choses.

Mrs. Benoit: Our research budget accounts for about \$500,000 of our total budget of \$3.3 million. It includes personnel costs as well as those costs related to the research projects themselves. Twenty per cent of our budget goes to cover administrative costs and the balance covers publications, travelling expenses and public education, that is, costs incurred by our Public Affairs Division in informing the public and distributing our literature.

M. Halliday (Oxford): J'aimerais, moi aussi, souhaiter la bienvenue aux témoins ce soir et les féliciter de leur mémoire. J'aimerais féliciter spécialement M^{me} Farrant pour la compétence avec laquelle elle a donné son exposé et répondu aux questions. Nous avons entendu bon nombre de témoins et bien peu d'entre eux se sont débrouillés aussi bien que vous. Je ne suis pas d'accord avec tout ce que vous avez dit, mais cela n'enlève rien à votre compétence.

Je trouve intéressant le fait que votre organisme fait énormément de recherche. Mon collègue M. Pagtakhan en a fait mention.

J'ai entendu tout récemment aux nouvelles que le suicide est la deuxième cause principale de décès chez les jeunes. Je crois que vous y avez fait allusion vous-même il y a quelques instants. Il n'y a rien dans ce que j'ai vu, lu ou entendu ce soir qui indique que votre organisme s'est penché sur les effets que peut avoir le travail des femmes sur les enfants. À mon avis, il pourrait y avoir un rapport entre le travail des femmes et le suicide ainsi que les autres problèmes sociaux qui nous affligent. Je ne vois aucune référence à une telle recherche.

Les femmes qui mettent au monde des enfants doivent se préoccuper de l'avenir de leurs enfants. Elles ont plusieurs choix importants à faire lorsqu'elles décident de travailler à l'extérieur du foyer. J'aimerais connaître les

[Texte]

you think you should do any on the effects on children? It has to be a long-time study over a period of 15 or 20 years to get any kind of valid results. Have you initiated those studies? Have they been done or do you think they should be done?

Ms Farrant: Suicide among children is something that I as a mother of very young children care about very, very much. The whole issue of children and their proper care is something that is discussed continually when I travel.

Mr. Halliday: I would tie it in with the same package as suicide.

Ms Farrant: Yes, it is the sort of thing that adds to so many of our publications in terms of the stress women face. A lot of the stress working women face is the feeling of guilt that they are not home with their children.

A lot of the stress faced by women who are in the home full time is related to the guilt they feel by being home all day and therefore they do not have the strength to be patient all day with their children. I am out of the home a lot so I never yell at my children and I never lose my temper. Maybe if I were home all day, this might happen once in a while—although it is hard to believe. It is the sort of thing we are very, very concerned about.

We have a project we are going to be doing, hopefully by September 1990. We will be doing focus groups with adolescent children to find out what questions they would like to ask the other children in Canada. Then we are going out and doing research on those questions. The feedback will be provided to us to find out what the real concerns of the youth are and what issues they would like to find out about. Then that information will be fed back to them as well.

Interestingly enough, the Girl Guides of Canada are using our publication "The Reality Gap" at their annual convention this year. There are a number of organizations who are starting to work more and more with adolescents and who are starting to look to our publications to help them. My immediate reaction is that I do not see anything that relates suicides to women working. They are probably related a lot more to poverty, and women working is getting a lot of families out of poverty.

Mr. Halliday: I thought maybe there is a parallel between women getting into the work force increasingly and the increased use of drugs in kids and suicides and perhaps other problems as well; they may or may not be related.

Mr. Chairman, Ms Farrant has commented on the stress. This has interested me because I never before saw

[Traduction]

résultats des études qui auraient été effectuées. Avez-vous étudié la question? Croyez-vous que vous devriez étudier les effets de cette décision sur les enfants? L'étude doit porter sur une période de 15 ou 20 ans afin d'obtenir des résultats valables. Avez-vous entrepris une telle étude? Une étude semblable a-t-elle été faite et, sinon, doit-elle être faite?

Mme Farrant: J'ai moi-même de très jeunes enfants et le suicide chez les enfants est une question qui me préoccupe beaucoup. D'ailleurs, la question des soins à donner aux enfants revient continuellement lors de mes voyages.

M. Halliday: À mon avis, elle se rattache à la question du suicide.

Mme Farrant: Oui, c'est le genre de problème qui est mentionné dans bon nombre de publications au chapitre du stress subi par les femmes. Une bonne partie du stress subi par les femmes qui travaillent à l'extérieur du foyer provient de la culpabilité qu'elles ressentent parce qu'elles ne sont pas restées au foyer avec leurs enfants.

Une bonne partie du stress subi par les femmes au foyer provient de la culpabilité qu'elles ressentent lorsqu'elles manquent de patience avec leurs enfants. Je ne suis pas souvent à la maison, donc je ne crie pas après mes enfants et je ne perds jamais patience. Cela se produirait peut-être de temps à autre si j'étais à la maison toute la journée, bien que j'en doute. C'est un problème qui nous préoccupe beaucoup.

Il y a un projet que nous souhaitons entreprendre d'ici au mois de septembre 1990. Nous voulons établir des groupes repères d'adolescents pour savoir quelles questions ils aimeraient poser à d'autres enfants au Canada. Ensuite, nous voulons faire une étude sur ces questions. Les réponses nous permettront de découvrir les véritables inquiétudes des jeunes ainsi que les questions qui les préoccupent. Les renseignements obtenus seront également communiqués aux jeunes.

Il est intéressant de noter que les Guides du Canada se sont servies de notre publication intitulée «L'écart des réalités» à leur congrès annuel cette année. Il y a plusieurs organismes qui commencent à travailler de plus en plus avec les adolescents et qui commencent à se servir de nos publications. En ce moment, il n'y a rien à ma connaissance qui porte sur un lien possible entre le suicide et le travail des femmes. Le suicide est probablement beaucoup plus lié à la pauvreté, un problème qui trouve souvent sa solution dans le travail des femmes.

M. Halliday: Je croyais qu'il y avait peut-être un lien entre l'augmentation du nombre de femmes qui travaillent et l'augmentation du nombre de toxicomanies, de suicides et d'autres problèmes chez les enfants. Il peut y avoir ou non un lien.

Monsieur le président, M^{me} Farrant a parlé de stress. Je trouve cela intéressant parce que c'est la première

[Text]

the combination of women, paid/unpaid work, and stress all combined into one concept.

[Translation]

discussion que j'entende qui regroupe les questions des femmes, du travail rémunéré, du travail non-rémunéré et du stress.

• 1930

I read in this document on stress and work that stress is health damaging. Some people might believe that. If I recall the teaching of Hans Selye, the famous endocrinologist, it was that stress is a very important thing in our development and our ability to work and so on. I may have forgotten what he said, but I seem to recall it that way.

The other factor is, of course, that women live years longer than men do. So it is interesting that they are subjected to stresses that are damaging to their health and yet they manage to live longer than men do. I am not sure what the explanation is there.

Ms Farrant: We are a tough breed.

Mr. Halliday: Does the witness want to elaborate?

The Chairman: That says it all, Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Maybe she will think about that a bit more anyway.

Another question is one that has been raised already, and this is on the subject of abortion. You mentioned not putting it in the Criminal Code but under the Canada Health Act. As I understand it, the Canada Health Act is purely an act to deal with the payment of moneys from the federal government to the provinces. I do not understand how you would put that... how that would be. I do not understand the *raison d'être* for putting it so-called into the Canada Health Act and how that would be done and what it would achieve. What is the point of it?

Ms Farrant: Well, the *raison d'être* is that it is a health issue. It is a medical procedure.

Mr. Halliday: But there are thousands of health issues and none of them are in the Health Act, so why put that in?

Ms Farrant: Well, they are. The Health Act specifically uses words like "universality" and "accessibility" and actually does talk about some medical procedures.

A case in point would be that in Alberta recently in their provincial budget they decided to discontinue covering certain medical procedures under the Alberta Health Care. When they did that, there was the threat: all right, Alberta, if you do that then we will do a Charter of Rights challenge saying that all other provinces are providing this medical service as part of the Canada Health Act. That moral suasion encouraged the Alberta government to put those services back in.

It would be the same sort of thing here, where we are talking about the universal access to required medical services.

Dans ce document sur le stress et le travail, j'ai lu que le stress nuit à la santé. C'est l'avis de certains. Si je me souviens bien, le célèbre endocrinologue, Hans Selye, a dit que le stress était très important pour notre développement, notre travail, etc. Je ne me souviens pas des mots qu'il a utilisés, mais c'est en gros ce qu'il a dit.

Il y a également le fait que les femmes vivent beaucoup plus longtemps que les hommes. Il est donc intéressant de noter que même si elles subissent un stress qui nuit à leur santé, elles réussissent à vivre plus longtemps que les hommes. Je ne saurais expliquer ce phénomène.

Mme Farrant: Nous sommes une espèce résistante.

M. Halliday: Qu'entendez-vous par là?

Le président: Ça se passe d'explications, monsieur Halliday.

M. Halliday: Il y a tout de même matière à réflexion.

J'aimerais également parler d'une question qui a déjà été soulevée, celle de l'avortement. Selon vous, l'avortement devrait figurer dans la Loi canadienne sur la santé et non dans le Code criminel. La Loi canadienne sur la santé telle que je l'entends porte uniquement sur le transfert de fonds entre le gouvernement fédéral et les provinces. Je ne vois pas comment on pourrait y ajouter l'avortement. Je ne comprends pas la raison d'être de votre recommandation ni comment cela pourrait se faire ni ce que cela donnerait. Quel en serait le but?

Mme Farrant: La raison d'être, c'est qu'il s'agit d'une question de santé. Il s'agit d'une intervention médicale.

M. Halliday: Il y a des milliers de questions de santé, mais aucune d'entre elles ne figure dans la Loi canadienne sur la santé. Pourquoi l'avortement devrait-il y figurer?

Mme Farrant: En fait, la Loi sur la santé fait mention de certaines interventions médicales et comprend des termes précis comme «universalité» et «accessibilité».

Voici un exemple. En présentant son budget, l'Alberta a récemment décidé de ne plus défrayer certaines interventions médicales par l'entremise de leur régime d'assurance-maladie. La province s'est tout de suite vue menacée d'une contestation en vertu de la Charte des droits et libertés partant du fait que toutes les autres provinces fournissent ces services médicaux en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Cette pression morale a incité le gouvernement de l'Alberta à revenir sur sa décision.

Il en est de même avec l'avortement, c'est-à-dire, l'universalité des soins médicaux nécessaires.

[Texte]

Mr. Halliday: Yes, but the Health Act provides for that now. I do not see why you have to do that. It provides for something like getting your gall-badder out, and if abortion is an indicated operation then it should provide for that. I do not see why you have to have it in the Health Act, though. No other procedure is in the Health Act.

Ms Farrant: The Health Act requires a full range of reproductive health services, and that wording, "reproductive health services", encompasses a number of things, including family planning information, sex education, and we would like to say abortion as well, which it does in some provinces.

So the wording is there. No, it does not list specific procedures and give rates, like a provincial health act would do, but it does have the broad terminology that we feel would cover the situation.

Mme Nicole Roy-Arcelin (députée d'Ahuntsic): Bonsoir, madame Farrant, bonsoir, mesdames. Permettez-moi de vous féliciter. Je suis absolument éblouie par le travail colossal que vous abattez. Je vois que vous vous intéressez à divers milieux, à divers problèmes des femmes. Naturellement, il y a un milieu qui m'intéresse plus que d'autres parce que je suis concernée. Il s'agit du milieu ethnique, du milieu des minorités visibles. Il y a beaucoup de ces gens dans mon comté.

Selon les mentalités, c'est un milieu qui n'est pas toujours facile à percer. On sait aussi que ces femmes ne racontent pas facilement leur vie, comme nous, on pourrait le faire. Il y a énormément de tabous.

• 1935

Au niveau de l'organisation de votre Conseil, comment faites-vous pour pénétrer ces milieux-là? De plus en plus, on vit dans un monde multiculturel et, de plus en plus, vous allez être appelées à faire des études dans des milieux différents.

J'aimerais également savoir quelle part de budget vous accordez à l'étude de sujets concernant les femmes des minorités visibles, des minorités ethniques?

Ms Farrant: To answer the first question, you cannot break into all the different visible minority groups because they are completely different. We are doing the best we can. We only have 30 members on our council. We have a number of members on our council who are members of various ethnic and visible minority groups. One of the issues we are wrangling with right now that is causing a great deal of concern is the term to use—women of colour, visible minorities—there are so many different terms. Each one seems to offend in some way, some different segment. We are very, very sensitive that in many cases we have been the organization that has found the word that helped people express what they were, what they were going through and we are trying to do the same

[Traduction]

M. Halliday: Oui, mais la Loi sur la santé prévoit déjà l'universalité. Je ne vois pas pourquoi il faut y ajouter l'avortement. La Loi prévoit les interventions telle l'ablation de la vésicule biliaire et devrait également prévoir l'avortement si cette intervention est nécessaire. Je ne vois pas pourquoi il faut l'inclure dans la Loi sur la santé. Aucune autre intervention n'y est mentionnée.

Mme Farrant: La Loi sur la santé exige une gamme complète de services d'hygiène de la reproduction et le libellé «services d'hygiène de la reproduction» comprend entre autres l'information sur la planification familiale et l'éducation sexuelle, nous aimerions que l'avortement y figure aussi, comme c'est le cas dans certaines provinces.

Le libellé est là. La Loi ne cite pas d'intervention particulière ou de taux comme le ferait une Loi sur la santé provinciale, mais à notre avis, la terminologie qui y figure est suffisamment générale pour comprendre l'avortement.

Mrs. Nicole Roy-Arcelin (Ahuntsic): Good evening, Ms Farrant, ladies. Allow me to congratulate you. I am absolutely astounded at the amount of work you do. I see that you deal with various women's groups and problems. There is, of course, one group I favour over others because that group concerns me. And that group is the ethnic and visible minority women.

There are many such women in my riding and differences in outlook sometimes render communication difficult. These women do not open up as easily as we do. There are many taboos.

How does your council communicate with these women? Our world is becoming more and more multicultural, which means that you will be dealing more and more with women from other ethnic groups.

I would also like to know what portion of your budget is spent on research concerning visible minority and ethnic women?

Mme Farrant: Pour répondre à votre première question, il est impossible de percer tous les milieux des minorités visibles parce qu'ils sont complètement différents. Nous faisons de notre mieux. Le Conseil ne comprend que 30 membres. Certains de nos membres appartiennent à des milieux ethniques ou à des minorités visibles. Notre Conseil est actuellement aux prises avec une question très controversée, soit celle du terme à utiliser, et le choix est vaste: femmes de couleur, minorités visibles... Chaque terme froisse un groupe quelconque pour une raison ou une autre. Nous sommes très conscients du fait que dans bon nombre de cas, c'est le Conseil qui a trouvé le terme permettant aux gens d'exprimer ce qu'ils sont et ce qu'ils font. C'est ce que

[Text]

thing here. We cannot do it for them, so we are trying to get input from the various groups into this conversation.

We meet with a number of different groups. When I was in the Yukon I met with the head of the Council of Yukon Indians as well as the head of the Council of Yukon Indian Women. We are routinely meeting with a variety of different immigrant women's groups. Right now it is a process of dialogue. We are trying to reach out to as many groups as we can. In Calgary I try to attend as many of the meetings of the different immigrant women's societies as I can because I do not feel any one group represents all sentiments and all the dilemmas they face.

It is from those discussions that we are finding out some of the very unique problems they have, and are trying to act on those as they come up. But I cannot claim that we can represent everybody. With a group of 30 people you cannot possibly represent every pocket in the Canadian society, but we try to communicate with as many as we possibly can.

Was the other question regarding the percentage of the budget?

Mme Roy-Arcelin: Oui, la part de budget.

Mme Benoit: Cette année, nous allons consacrer 20,000\$ à une étude sur les minorités visibles qui va se poursuivre l'an prochain. On prévoit de dépenser un montant au moins égal pour la publication et la distribution du document.

Mme Roy-Arcelin: Je vous souhaite bonne chance. Continuez. Merci beaucoup.

Mrs. Maheu: I will speak to you in English because it is your mother tongue. I have just a couple of little curiosity questions. You talk about action and the fact that you are not action advocates, about your ability to communicate with decision-makers, and that if you hit a brick wall, you bounce back again and again. Why or when did the council stop reacting to brick walls? I am curious, quite frankly. At one point the council would have reacted.

Ms Farrant: I think we do react. We are continually writing letters. If we see something that happens in the media or something is said in the House, we definitely do write these letters.

Mrs. Maheu: I meant with your communications, with your recommendations. For example, to take it right down to the specific, if none of your recommendations are retained on the abortion issue, what is your next step? This is a law that is coming out this session and you will not have a chance to bounce back again and again. What is your next step if it does not work?

Ms Farrant: It is actually more than the next step. It is a step we are undertaking right now. We are having

[Translation]

nous tentons de faire dans le cas présent. Nous ne pouvons le faire pour eux alors nous essayons d'obtenir le point de vue des divers groupes.

Nous avons rencontré plusieurs groupes. Lorsque j'étais au Yukon, j'ai rencontré le chef du Conseil des Indiens du Yukon et le chef du Conseil des Indiennes du Yukon. Nous nous entretenons régulièrement avec toute une série de groupes d'immigrantes différents. Nous sommes actuellement à l'étape du dialogue. Nous essayons de communiquer avec le plus de groupes possible. Lorsque je suis à Calgary, j'essaie d'assister à autant de réunions d'associations d'immigrantes que je peux, car à mon avis aucun groupe ne peut, à lui seul, me communiquer tous les sentiments et les problèmes des immigrantes.

Ces discussions nous permettent d'identifier les problèmes particuliers des immigrantes et de tenter d'y trouver une solution au fur et à mesure qu'ils se présentent. Je ne prétends pas que le Conseil représente tout le monde. Un groupe de 30 personnes ne peut espérer représenter tous les groupes qui existent au Canada, mais nous tentons de communiquer avec autant de ces groupes que possible.

L'autre question portait-elle sur la part de budget?

Mrs. Roy-Arcelin: Yes, the percentage of the budget.

Mrs. Benoit: This year, we will be allotting \$20,000 to a study on visible minorities that will extend into next year. We also expect to spend at least as much on the publication and distribution of the subsequent report.

Mrs. Roy-Arcelin: Best of luck to you. Keep up the good work. Thank you very much.

Mme Maheu: Je vais vous parler en anglais parce que c'est votre langue maternelle. J'ai deux petites questions à vous poser, à titre de curiosité. Vous parlez d'action, du fait que vous ne prônez pas l'action et de votre habileté à communiquer avec les leaders. Vous dites également que si vous frappez un mur, vous redoublez vos efforts. Pourquoi et à quel moment le Conseil a-t-il cessé de redoubler ses efforts lorsqu'il se heurtait à un mur? Je suis franchement curieuse. Le Conseil aurait réagi à un moment donné.

Mme Farrant: Je crois que nous réagissons. Nous envoyons continuellement des lettres lorsque nous constatons quelque chose aux nouvelles ou à la Chambre des communes, nous écrivons ces lettres.

Mme Maheu: Je voulais parler de vos communications et de vos recommandations. Parlons d'un cas précis. Si aucune de vos recommandations sur la question de l'avortement n'est retenue, qu'allez-vous faire? La loi sera promulguée au cours de cette session et vous n'aurez pas l'occasion de revenir à la charge. Que comptez-vous faire si vos recommandations ne sont pas retenues?

Mme Farrant: En fait, nous avons déjà commencé à réagir. Nous sommes en consultation permanente avec

[Texte]

continuous consultation with a number of different women's groups. Out of the Calgary office I have been speaking constantly with a number of pro-choice organizations both in terms of giving them the information from our research document that Sheila Martin put out on reproductive health, helping them come together, because there are so many different groups, to find something on which they could all agree to form a coalition so they could speak with a united voice, and in trying to get more of them to outreach, expand their organizations and write to their Members of Parliament.

• 1940

We have had two demonstrations—I guess you can call it that—in Calgary since the summer. I was asked to speak, and I did speak at both of those. We are actively involved, but our forte is our research and the information we can find.

A lot of these other women's groups have commitment, the volunteers and the strength in their sentiments. They do not have the staff we do or the resources to do the kind of research we can. It makes more sense for us to concentrate our efforts on the research and consultation with as many women and women's groups in the country as we can and then using that to help them take it one step further.

Mrs. Maheu: As a small supplemental, did the Canadian Advisory Council make any particular recommendations or comments to the Secretary of State for the financing of the REAL Women group, either before or after the fact?

Ms Farrant: This is difficult because I was not in Ottawa, but it is my understanding that there was a conversation between Sylvia Gold, our president, and the minister responsible for the status of women.

Mrs. Maheu: Do you know what...? Are they not in a position...? I do not see any criticism of deputy ministers' government in any way, shape or form. To voice or to represent women of this country, you have to criticize at some point, because it is not all a bed of roses.

Ms Farrant: You are right. There are some people who still do not agree with a lot of things we say and do. When something happens we feel is detrimental to the status of women, we are constantly writing letters to the person involved to say we are not happy with what they did, including people who are Members of Parliament, ministers, or from the regional office. For example, I am continually getting publications from the Alberta Human Rights Commission that use terms I find sexist, so I am continually writing to their public affairs officer.

Mrs. Maheu: I just wondered if this was done with REAL Women.

[Traduction]

plusieurs groupes de femmes. À partir de mon bureau à Calgary, je communique continuellement avec plusieurs organismes pro-choix. Je leur donne des renseignements tirés du document de recherche rédigé par Sheila Martin sur la santé de la reproduction; je les aide à se regrouper, car il y a un très grand nombre de groupes différents, et à trouver un terrain d'entente, à former une coalition et à parler d'une même voix; et je les encourage à s'ouvrir aux autres, à s'élargir et à écrire à leur député.

Il y a eu à Calgary deux manifestations, si l'on peut dire, depuis l'été. On m'a demandé d'adresser la parole à la foule, ce que j'ai fait dans les deux cas. Nous participons à ce genre de choses, mais notre force demeure notre recherche et l'information que nous recueillons.

Un grand nombre de ces autres groupes de femmes sont engagés, ont des bénévoles et des convictions. Ils n'ont ni le personnel ni les ressources pour faire le genre de recherches que nous faisons. Il nous apparaît donc raisonnable de concentrer nos efforts sur la recherche et la consultation auprès du plus grand nombre de femmes et de groupes de femmes au pays pour ensuite leur redonner ces données afin que les femmes elles-mêmes puissent pousser les choses plus loin.

Mme Maheu: Une petite question supplémentaire. Le Conseil consultatif a-t-il recommandé ou mentionné au Secrétariat d'État le financement du groupe *REAL Women*, soit avant ou après le fait?

Mme Farrant: Il m'est difficile de vous répondre, car je n'étais pas à Ottawa, mais d'après ce qu'on me dit, M^{me} Sylvia Gold, notre présidente, et la ministre responsable de la situation de la femme en avaient discuté.

Mme Maheu: Savez-vous ce que...? N'êtes-vous pas en mesure...? Je ne vous entends pas critiquer le gouvernement de quelque manière que ce soit. Or pour représenter les femmes de ce pays, pour parler en leur nom, vous devez critiquer de temps à autre, vous devez signaler que tout n'est pas pour le mieux.

Mme Farrant: En effet, certaines ne sont toujours pas d'accord avec nos propos et nos faits et gestes. Lorsqu'un événement nous semble nuire à la situation de la femme, nous écrivons toujours aux intéressés pour dire que nous ne sommes pas heureuses de ce qu'ils ont fait, même s'il s'agit de députés, de ministres ou des responsables dans les bureaux régionaux. Par exemple, je reçois constamment des publications de la Commission des droits de la personne de l'Alberta rédigées dans des termes que je trouve sexistes, et donc j'écris continuellement au relationniste de la Commission à ce sujet.

Mme Maheu: Je me demandais si vous aviez fait la même chose dans le cas de *REAL Women*.

[Text]

Ms Farrant: I know there was a conversation.

Ms Black: I have two things. I am not criticizing Canadian Advisory Council on the Status of Women for not being out there manning the barricades. I think you have a mandate and I think you have covered it very well. However, being one of 40 women Members of Parliament, sometimes a little unsolicited reinforcement might be nice. If you see some of the things we are putting forward are things that fit your mandate or information that would be useful to us, I am again inviting some two-way dialogue. I would hesitate to suggest that none of these fine gentlemen should be hearing it; it should be 295 women MPs one day, maybe.

In the past God-knows-how-many years, but particularly over the past ten years, there has been a myriad of studies vis-à-vis child care. Just recently the minister responsible has said that he is going to tour Canada to hear what Canadians have to say about child care. As an organization that does a lot of research, could you comment on whether you think it is necessary to yet again study this or whether you think the material is there if one goes looking for it?

Ms Farrant: I would not want to propose anything that any way delayed a child-care program. I think enough research and enough work has been done that we can certainly get started. On the other hand, there are some unanswered questions. One of the things I am hearing in the rural areas is that what works in the cities will not work in the country. I would want to make sure that before we start finding the staff and building the facilities we are sure we are giving women what they want. So I would like to see more women's input, but clearly enough work has been done already that the plan can be started; we can start doing something.

• 1945

We still need more work on the qualifications of the women working in these centres. The fact that the person who cuts our hair has to have more qualifications than the person who looks after our child is a little disturbing, but—

Ms Langan: She makes more money, too.

Ms Farrant: Yes, exactly. But enough is known that we can get going. We should just be cautious as we go to have as many women as possible on the committee and doing the consultations as the plan is being put together.

Mr. Pagtakhan: I have a follow-up to a question asked earlier by Ms Black about the sexual orientation recommendation. I would like to hear from your group whether in fact your position would include membership in your council from those with a different sexual orientation.

[Translation]

Mme Farrant: Je sais qu'il en a été question.

Mme Black: J'aimerais faire deux commentaires. Je ne critique pas le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme de ne pas défendre les barricades. Vous avez un mandat dont vous vous acquittez très bien je pense. Toutefois, moi qui suis l'une des 40 femmes députées au Parlement je serais parfois bien aise de bénéficier d'un appui spontané. Si ce que nous préconisons s'insère dans votre mandat ou si vous disposez de renseignements qui pourraient nous être utiles, je vous encourage encore à établir un dialogue. J'hésite à suggérer qu'il ne faut rien dire à ces beaux messieurs; il y aurait peut-être un jour 295 femmes députées.

Depuis Dieu sait combien d'années, mais tout particulièrement au cours des 10 dernières années, on a vu une myriade d'études sur la garde des enfants. Tout récemment, le ministre responsable a déclaré qu'il allait traverser le Canada pour entendre ce que les Canadiens pensent de la garde des enfants. Parce que vous faites de nombreuses recherches, pourriez-vous nous dire si à votre avis, il est nécessaire d'effectuer encore une étude sur cette question ou si à votre avis, il suffit d'examiner la documentation actuelle?

Mme Farrant: Je ne veux rien proposer qui puisse retarder la mise en place d'un programme de garde d'enfants. Il y a eu je pense suffisamment de recherche et de travail pour que nous puissions mettre les choses en marche. Par ailleurs, certaines questions restent sans réponse. J'entends notamment dire dans les régions rurales que ce qui fonctionne dans les villes ne fonctionnera pas à la campagne. Je veux m'assurer qu'avant d'embaucher le personnel et de construire les installations, nous sommes vraiment en train de donner aux femmes ce qu'elles veulent. J'aimerais donc que l'on continue à consulter les femmes, mais je pense que nous pouvons, vu le travail déjà fait, commencer; nous pouvons mettre les choses en marche.

Il reste du travail à faire sur les qualifications des femmes qui travailleront dans ces centres. Il est un peu inquiétant que la personne qui vous coupe les cheveux doit posséder plus de qualifications que celle qui s'occupera de nos enfants, mais. . .

Mme Langan: Elle gagne plus cher aussi.

Mme Farrant: Oui, exactement. Nous en savons suffisamment pour démarrer. Il nous suffit de nous assurer que le plus grand nombre de femmes possible fera partie du Comité et s'occupera des consultations dans le cadre de la préparation des plans.

M. Pagtakhan: J'aimerais revenir sur une question qu'a posée précédemment M^{me} Black au sujet de la recommandation sur l'orientation sexuelle. J'aimerais que votre groupe me dise si vous acceptez au sein de votre conseil des personnes d'une orientation sexuelle différente.

[Texte]

Ms Farrant: I do not know. We have not asked any of our members what their sexual orientation is, but we certainly do not have any grounds for discrimination as far as our committee is concerned.

Keep in mind that we do not appoint ourselves. The appointments to the advisory council come from the Prime Minister. Once the members arrive, we take them as colleagues. So I know nothing about the disabilities or the preferences of my colleagues.

Mr. Pagtakhan: Since the minister for employment is also the minister responsible for the status of women, how successful do you think you would be in your recommendation that the proposed changes to the UIC be dropped, since she handles both?

Ms Farrant: Our relationship is at arm's length. We report to the House of Commons through the minister responsible for the status of women, but we are an independent, para-governmental organization. I do not think that coincidence of to whom she reports makes any difference. That is a government program. My hope is we will be just as effective with what is maybe a nice coincidence, that she is the minister for both and we will have a rapport built up.

The Chairman: May I, on behalf of the committee, Ms Farrant, thank you and those who have attended with you for the Canadian Advisory Council on the Status of Women first of all for the clarity of your presentation. I commend you as well for the frankness of the answers you have provided us with. We appreciate hearing from organizations such as yours and look forward to hearing you again.

This meeting is now adjourned.

[Traduction]

Mme Farrant: Je n'en sais rien. Nous n'avons pas demandé à nos membres quelle est leur orientation sexuelle. Je peux toutefois vous dire que nous n'avons aucun motif officiel de discrimination.

Il ne faut pas oublier que nous ne nommons pas nos membres. C'est le premier ministre qui nomme les membres du Conseil consultatif. Lorsque les membres arrivent, nous les accueillons en collègues. Je ne connais donc rien en ce qui concerne les handicaps ou les préférences de mes collègues.

M. Pagtakhan: Puisque la ministre de l'Emploi est également responsable de la situation de la femme, pensez-vous vraiment pouvoir lui faire accepter l'idée d'abandonner les modifications proposées à la Loi sur l'assurance-chômage?

Mme Farrant: Nous ne dépendons pas de la ministre. Nous relevons de la Chambre des communes par l'entremise de la ministre responsable de la situation de la femme, mais nous sommes un organisme quasi-gouvernemental autonome. Je ne pense pas que cette coïncidence fasse grand différence. Il s'agit d'un programme gouvernemental. J'ose espérer que nous réussirons dans nos efforts malgré cette coïncidence peut-être heureuse, le fait que M^{me} McDougall est la ministre responsable des deux et que nous avons établi un rapport avec elle.

Le président: Au nom du Comité, permettez-moi, madame Farrant, de vous remercier et de remercier vos collaboratrices du Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme de la précision de votre exposé. Je vous félicite également de la franchise dont vous avez fait preuve dans vos réponses. Nous sommes toujours heureux d'entendre ce que des organismes tels que le vôtre ont à nous dire et nous espérons vous revoir.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Canadian Advisory Council on the Status of Women:

Sylvia Farrant, First Vice-President;
Lise Benoît, Director of Administration;
Judith Nolte, Senior Advisor.

TÉMOINS

Du Conseil consultatif canadien de la situation de la femme:

Sylvia Farrant, première vice-présidente;
Lise Benoît, directrice de l'administration;
Judith Nolte, conseillère principale.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 10

Thursday, October 12, 1989
Thursday, October 19, 1989
Thursday, October 26, 1989
Tuesday, November 28, 1989

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 10

Le jeudi 12 octobre 1989
Le jeudi 19 octobre 1989
Le jeudi 26 octobre 1989
Le mardi 28 novembre 1989

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

**Health and Welfare,
Social Affairs,
Seniors and the
Status of Women**

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

**Santé et du
Bien-être social, des
Affaires sociales, du
Troisième âge et de la
Condition féminine**

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of
the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude
du régime de soins de santé au Canada et de son
financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, OCTOBER 12, 1989
(12)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:40 o'clock a.m. this day, in Room 308, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, David Dingwall, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Brian White, Stan Wilbee.

Acting Members present: Bob Kilger for Paul Martin; Pierrette Venne for Nicole Roy-Arcelin.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

The Chairman presented the Fourth Report of the Subcommittee on Agenda and Procedure.

After debate, it was agreed,—That the Fourth Report of the Subcommittee on Agenda and Procedure be concurred in.

At 10:48 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, OCTOBER 19, 1989
(13)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:38 o'clock a.m. this day, in Room 371, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White, Stan Wilbee.

Acting Members present: Dawn Black for Joy Langan; Ken Monteith for John Cole; Bob Speller for Mary Clancy.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

The Chairman presided over the election of a Vice-Chairman.

Barbara Greene, seconded by Gabrielle Bertrand, moved,—That Nicole Roy-Arcelin be elected Vice-Chairman of the Committee.

The question being put on the motion, it was agreed to.

Accordingly, Nicole Roy-Arcelin was declared duly elected Vice-Chairman of the Committee.

PROCÈS-VERBAUX

LE JEUDI 12 OCTOBRE 1989
(12)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à huis clos à 9 h 40, dans la pièce 308 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, David Dingwall, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Brian White, Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Bob Kilger remplace Paul Martin; Pierrette Venne remplace Nicole Roy-Arcelin.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Le président présente le quatrième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure.

Après débat, il est convenu,—Que le quatrième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure soit adopté.

A 10 h 48, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE JEUDI 19 OCTOBRE 1989
(13)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à huis clos à 9 h 38, dans la pièce 371 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White, Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Dawn Black remplace Joy Langan; Ken Monteith remplace John Cole; Bob Speller remplace Mary Clancy.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Le président procède à l'élection d'un vice-président.

Barbara Greene, appuyée par Gabrielle Bertrand, propose,—Que Nicole Roy-Arcelin soit élue vice-présidente du Comité.

La motion est mise aux voix et adoptée.

Nicole Roy-Arcelin est alors déclarée dûment élue vice-présidente.

The Chairman presented the Fifth Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure.

After debate, it was agreed,—That the Fifth Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure be concurred in.

At 10:28 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, OCTOBER 26, 1989
(14)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:45 o'clock a.m. this day, in Room 200 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, David Dingwall, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Brian White, Stan Wilbee.

Acting Members present: Joe McGuire for Paul Martin; Barry Moore for Nicole Roy-Arcelin.

Other Member present: Rey Pagtakhan.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

The Chairman presented the Sixth Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure.

After debate, it was agreed,—That the Sixth Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure be concurred in.

At 10:50 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, NOVEMBER 28, 1989
(15)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:38 o'clock a.m. this day, in Room 269 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, David Dingwall, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Stan Wilbee.

Acting Members present: Mac Harb for Albina Guarnieri; Bob Kilger for Paul Martin; Pat Sobeski for Brian White.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Le président présente le cinquième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure.

Après débat, il est convenu,—Que le cinquième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure soit adopté.

A 10 h 28, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE JEUDI 26 OCTOBRE 1989
(14)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 45, dans la pièce 200 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, David Dingwall, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Brian White, Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Joe McGuire remplace Paul Martin; Barry Moore remplace Nicole Roy-Arcelin.

Autre député présent: Rey Pagtakhan.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Le président présente le sixième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure.

Après débat, il est convenu,—Que le sixième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure soit adopté.

A 10 h 50, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 28 NOVEMBRE 1989
(15)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 38, dans la pièce 269 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, David Dingwall, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Mac Harb remplace Albina Guarnieri; Bob Kilger remplace Paul Martin; Pat Sobeski remplace Brian White.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Witnesses: From the Department of National Health and Welfare: Dr. Peter Glynn, Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch and Acting Assistant Deputy Minister, Social Services Program Branch; Marie Fortier, Director General, Health Services Directorate.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee commenced its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. Peter Glynn and Marie Fortier made statements and answered questions.

At 10:56 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

Témoins: Du ministère de la Santé nationale et du bien-être social: D^r Peter Glynn, sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé, et sous-ministre adjoint intérimaire, Direction générale des programmes de service social; Marie Fortier, directrice générale, Direction des services de la santé.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité entreprend d'examiner le fonctionnement et le mode de financement du régime des soins de santé au Canada.

Le D^r Peter Glynn et Marie Fortier font des exposés et répondent aux questions.

A 10 h 56, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Tuesday, November 28, 1989

• 0937

The Chairman: Ladies and gentlemen, I would call the meeting of the Standing Committee on Health and Welfare to order. We have a quorum, and pursuant to Standing Order 108 the committee begins consideration for the health care system in Canada and its funding this morning.

I am pleased to welcome Dr. Peter Glynn, the Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch, and the Acting Deputy Minister, Social Services Program, Madam Marie Fortier. On behalf of the committee, I welcome both of you here this morning. As we indicated, you are the first of what would appear to be a long group of witnesses who will appear before this committee to review and outline with us the terms of reference of the study the committee will be undertaking.

On behalf of the committee and on this beautiful Ottawa morning, I welcome both of you here, as well as all the committee members. We look forward to working with you in what we hope will be an interesting and productive manner and hopefully produce a report that will have certainly some interest, some long-term benefits to those areas we are looking at. With that, Dr. Glynn, I thank you.

In scheduling appointments with other witnesses, we have scheduled two at a time, trying to do it in an hour each. We have this morning yourself and Madam Fortier, the representatives of the department. You are the only witnesses. I do not know whether anybody is under any time constraints, so we hope we can take the time all of you require.

As a result of having officials from the department, we will use the usual format this morning with the questioning structure, if that is fine. This may differ slightly as we get into hearing other witnesses. However, I do welcome both of you here this morning and look forward very much to your testimony. Thank you very much for appearing.

Dr. Peter Glynn (Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch, and Acting Assistant Deputy Minister, Social Services Program Branch, Department of National Health and Welfare): Thank you, Mr. Chairman. Good morning, ladies and gentlemen, members of the committee. Thank you for inviting us here to give you some commentary on the very important topic you are addressing.

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mardi 28 novembre 1989

Le président: Mesdames et messieurs, la séance du Comité permanent de la santé et du bien-être social est ouverte. Nous avons le quorum et, en vertu du paragraphe 108 du Règlement le comité commence l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

J'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue au Dr. Peter Glynn, sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé, et sous-ministre intérimaire, Programmes de service social et à la directrice générale des services de la santé, Madame Marie Fortier. Au nom des membres du comité, je vous souhaite la bienvenue à tous les deux. Vous êtes les premiers de ce qui sera apparemment une longue suite de témoins qui comparaitront devant le comité pour étudier et énoncer avec nous le mandat de l'étude que notre comité entreprendra.

Au nom du comité et en cette merveilleuse matinée outaouaise, je vous souhaite la bienvenue à tous les deux, ainsi qu'à tous les membres du comité. Ce sera un plaisir d'accomplir avec vous un travail intéressant et productif qui nous permettra d'élaborer, nous l'espérons, un rapport utile à long terme. Ceci étant dit, docteur Glynn, je vous remercie d'être venu.

En établissant le calendrier des comparutions, nous avons prévu d'accueillir deux témoins à la fois de manière à accorder une heure à chacun. Vous êtes ici ce matin avec M^{me} Fortier en qualité de représentants du ministère. Aucun autre témoin n'a été convoqué. Personne, à ma connaissance n'est pressé par le temps; par conséquent, j'espère bien que nous pourrions vous accorder tout le temps dont vous aurez besoin.

Vu que nous accueillons ce matin des fonctionnaires du ministère, nous nous en tiendrons à la formule habituelle si personne ne s'y oppose. Il se peut que nous agissions différemment lorsque nous entendrons d'autres témoins. Quoiqu'il en soit, je vous souhaite la bienvenue à tous les deux et j'attends avec impatience d'entendre votre témoignage. Merci d'être venus.

M. Peter Glynn (sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé, et sous-ministre adjoint intérimaire, Direction générale des programmes de service social, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Merci, monsieur le président. Bonjour, mesdames et messieurs, membres du comité. Je vous remercie de nous avoir invités à vous présenter quelques observations sur la très importante question dont vous êtes saisi.

[Texte]

[Traduction]

• 0940

Let me introduce my colleague, Ms Marie Fortier, Director General, Health Services Directorate, Health Services and Promotion Branch, who will also be speaking in a few minutes, particularly around issues and progress in Quebec.

Mr. Chairman, the first thing I would like to emphasize is that we are dealing with a number of issues in the delivery of health services that are primarily the responsibility of the provinces. In that regard, you will remember that prior to 1977 the federal government cost-shared with the provinces the costs of their hospital and medical services on a 50-50 basis.

I think it is important that in 1977 the federal government moved to a block funding arrangement. It really did take away from the provinces any impediment to using those moneys plus provincial moneys in the best way possible that made sense for the province in the organization and the delivery of health services. Indeed, currently the federal government provides in the order of \$13.9 billion a year to the provinces to help with the costs of health care. Part of that was a new addition in 1977, with the moneys for extended health care services in the form of a per capita transfer. Currently, that per capita transfer is about \$51 per resident of the province. It is not cost-sharing. It does provide funds to the provinces to organize and deliver all of their health services, whether they be in institutions or whether they be in a community, in the most appropriate way.

I would also point out that the Canada Assistance Plan for social assistance recipients also cost-shares with the provinces the costs for homes for the aged, supervised boarding homes and some home care.

Turning now to the question of future health care services for the elderly, which is the first topic in your terms of reference, there is a particularly good publication I would refer you to that is quite recent, published this year, called *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*. You will find in there a number of articles dealing with this particular topic.

There is one set by Robert Evans, who is a health economist from the University of British Columbia. Let me just quote a couple of things he said in that article; indeed, he has been involved with a number of research studies and a number of published articles on the very issue of the impact of an aging population on the costs of health care. Dr. Evans says:

The first point that emerges from a series of analyses by different researchers over the last decade is that we should not be too worried about the demographic transition per se. The increased proportion of elderly people in our population, combined with the well-documented tendency for elderly people to use more

Permettez-moi de présenter ma collègue, M^{me} Marie Fortier, qui est directrice générale des services de la santé à la Direction générale des services et de la promotion de la santé. Elle prendra la parole dans quelques instants et vous parlera surtout des questions intéressant le Québec et des progrès accomplis dans cette province.

Je dois signaler en premier lieu que nous allons traiter d'un certain nombre de questions concernant la prestation des services de santé, et que ceux-ci relèvent principalement des provinces. Vous vous souviendrez à cet égard qu'avant 1977, le gouvernement fédéral partageait le coût des services hospitaliers et médicaux moitié-moitié avec les provinces.

Il est important de noter qu'en 1977, le gouvernement fédéral a abandonné le partage des frais en faveur du financement global. Cela signifie en définitive que plus rien n'empêchait chaque province d'utiliser cet argent plus ses propres fonds de la manière qu'elle jugeait la plus appropriée pour organiser et dispenser les services de santé. Le gouvernement fédéral verse présentement une somme d'environ 13,9 milliards de dollars par année aux provinces, en guise de participation aux coûts des soins de santé. Une partie de ce montant résulte de l'addition en 1977 d'un transfert par habitant pour les soins prolongés. Ce transfert est actuellement d'environ 51\$ par résident de chaque province. Il ne s'agit donc plus d'un régime de partage des frais, mais de transfert de fonds aux provinces, dont celles-ci se servent pour organiser et dispenser tous les soins de santé, que ce soit dans des établissements ou à l'échelle communautaire, de la manière jugée la plus appropriée.

En outre, dans le cas des bénéficiaires de l'aide sociale, le Régime d'assistance publique du Canada permet au gouvernement central de participer aux frais des foyers pour personnes âgées et des foyers surveillés, ainsi qu'aux coûts des soins à domicile.

Je passe maintenant au premier article de votre ordre de renvoi, c'est-à-dire la question de l'avenir des soins de santé pour les personnes âgées. Je vous renvoie à ce sujet à une excellente publication parue cette année, qui s'intitule «*Aging and Health: Linking Research and Public Policy*». Vous y trouverez un certain nombre d'articles concernant cette question.

Il y a dans ce recueil un article de Robert Evans, qui est économiste sanitaire à l'Université de la Colombie-Britannique. Permettez-moi de le citer brièvement; il a participé à un certain nombre d'études et publié des articles sur l'incidence du vieillissement de la population sur le coût des soins de santé. Voici ce que dit M. Evans:

Le premier point qui ressort d'une série d'analyses effectuées par divers chercheurs depuis une dizaine d'années est qu'il ne faut pas trop s'inquiéter de l'évolution démographique en soi. Il est vrai que l'accroissement de la proportion de personnes âgées dans la population et la tendance bien documentée de

[Text]

health care than younger ones, will indeed tend to push up average per capita utilization costs. But the key question is how much? And the answer is not much, or at least not as much as we think it would.

Results vary, depending on base year and fineness of the age breakdown. In general, however, such studies show rate increases of increase in per capita use for all health services in the neighbourhood of 1% per capita per year.

This then is the general number that is accepted; while an aging population will have some impact, according to all of the research studies, such impact will be modest. This increase in health care expenditures is not due to increasing numbers of seniors only, but rather to the increasing utilization by all age groups, as well as by the increased complexity of health care.

Furthermore, according to the Institute for Health Care Facilities of the Future—and I believe we provided you with a copy of its *Aging: Future Health Care Delivery* document—the vast majority of seniors are not in need of care and are able to look after themselves without help from either relatives or the health and social services. Indeed, last night during the news, on I believe CTV, it showed an interview with a number of seniors who had absolutely no intention of using institutional services. They were doing just fine, either by themselves or with help from home care or relatives, and they wanted to stay that way. A couple of these people were well into their 80s.

• 0945

Life expectancy in this country has increased in recent years. For example, between the years 1961 and 1981, women's life expectancy after age 65 has increased by almost three years. A woman might expect to live an average of 18.9 years after reaching 65 years of age, which adds up to 83. However, over this 20-year period, men gained only one additional year of life expectancy. Actually, Mr. Chairman, one of the things you might worry about in your committee is the difference in life expectancy between men and women. In 1981, men could only expect to live only another 14.6 years after reaching the age of 65 years. The net result is that age expectancy gap between males and females at age 65 increased significantly between 1961 and 1981 in favour of women.

Concomitant to the increase in life expectancy is the fact that ill health and disabilities increase with age. The seniors of today and their ill health and disabilities have been described in a document entitled *Aging, Future Health Care Delivery*. It was published in 1988 by the Institute for Health Care Facilities of the Future. However, although it is true that as we age our disabilities

[Translation]

recourir plus souvent aux soins de santé à mesure que l'on vieillit feront grimper le coût moyen d'utilisation des services. La question est de savoir de combien. En réalité, l'augmentation ne sera pas aussi importante que ce à quoi nous nous attendons.

Les résultats varient suivant l'année de base utilisée et la finesse de la ventilation par âge. Dans l'ensemble, toutefois, les études démontrent que le coût par habitant de l'utilisation globale des soins de santé augmente d'environ 1 p. 100 par année.

Voilà donc le pourcentage généralement accepté; le vieillissement de la population fait une différence, bien sûr, mais selon toutes les recherches, cette différence est minime. La hausse des dépenses pour les soins de santé ne résulte pas uniquement de l'augmentation de la proportion de personnes âgées mais plutôt d'une plus grande utilisation par tous les groupes d'âge et de la complexité accrue des soins dispensés.

En outre, l'Institut pour l'établissement de santé de l'avenir—il me semble que nous vous avons fait parvenir un exemplaire de son document intitulé *Le vieillissement, La prestation de soins de santé; demain*—soutient que la très grande majorité des personnes âgées n'ont pas besoin de soins et s'arrangent très bien sans l'aide de la parenté ou celle des services sociaux et de santé. Effectivement, on a passé aux nouvelles télévisées d'hier soir, à la chaîne CTV si je ne m'abuse, une entrevue avec un certain nombre de personnes âgées qui n'ont pas le moindre intention de s'en aller dans des foyers. Ces personnes s'arrangent très bien, soit sans aide, soit avec l'aide de parents ou en ayant recours à l'aide à domicile, et elles entendent bien rester ainsi. Deux de ces personnes étaient des octogénaires avancés.

L'espérance de vie au Canada a augmenté ces dernières années. Entre 1961 et 1981, par exemple, l'espérance de vie des femmes ayant atteint l'âge de 65 ans s'est accrue de près de trois ans. Une femme peut s'attendre à vivre encore 18,9 années après avoir atteint l'âge de 65 ans, c'est-à-dire jusqu'à 83 ans. Au cours de la même période de 20 ans, cependant, l'espérance de vie des hommes ne s'est allongée que d'une année. En fait, cette différence entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes est une question qui pourra préoccuper votre Comité. En 1981, l'espérance de vie des hommes n'était que de 14,6 ans une fois dépassé l'âge de 65 ans. L'écart entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes une fois dépassé l'âge de 65 ans, qui favorisait déjà ces dernières, s'est accru considérablement entre 1961 et 1981.

Il faut ajouter à l'espérance de vie plus longue le fait que la mauvaise santé et l'infirmité deviennent plus fréquentes à mesure que l'on vieillit. L'état de santé des aînés actuels est décrit dans un document intitulé *Le vieillissement, la prestation des soins de santé, demain*, publié en 1988 par l'Institut pour l'établissement de santé de l'avenir. Toutefois, même s'il est vrai que le danger

[Texte]

possibly increase, that takes place for very few seniors, and we need to be quite careful that we do not label seniors as a problem and that we do not overreact to the aging of the population.

Some optimism regarding the health of future seniors is possible. Future seniors will not only be better educated and more prosperous, but the introduction of new technologies to address problems and conditions caused by aging also raises the possibility of a profound change in morbidity and mortality patterns as we know them. In addition, changing patterns in the delivery of health care and the availability of resources, if they occur, will have an impact on service utilization.

Evans goes on to state:

Population aging may not require massive new infusions of resources to the whole health care field, but it will require a redeployment of resources from the high prestige sectors of acute care hospitals and physicians' services to what the British call "the Cinderella services" of home help, psychiatric services, and long-term care.

We have already provided to you as well documents from Ivan Fellegi, our chief statistician. I would quote from his article in the *Canadian Economic Observer*:

There is no evidence that a significantly increasing proportion of the population lives beyond the usual outer limit of life for most people, somewhere between the ages of 85 to 95.

Most gains in life expectancy in this century were made by reducing infant mortality as well as the incidence in mortality due to acute illnesses. Indeed, close to 80% of mortality is now due to chronic diseases. While the elderly do not have a monopoly on chronic disease, their incidence certainly rises with age. So with a population which will be increasingly composed of elderly people, the challenge will be to delay the onset of chronic diseases, extend healthful life, and reduce the length of chronic illness before death.

But many chronic diseases are associated with factors which are under the control of individuals and, collectively, society; i.e., habits of eating, smoking, exercise, and the environment. A strategy involving significant attention to issues of health promotion, broadly interpreted to encompass initiatives by governments, businesses, and individuals, might well pay high dividends.

[Traduction]

d'infirmité augmente avec l'âge, bien peu de personnes âgées en sont atteintes et il faut prendre bien soin de ne pas conclure que la population âgée constitue un problème et de réagir trop vivement au vieillissement de la population.

Un certain optimisme est permis au sujet de la santé de notre population vieillissante. Les personnes âgées de l'avenir seront plus instruites et plus prospères. L'introduction de nouvelles technologies devant parer aux problèmes suscités par le vieillissement pourront aussi modifier profondément la morbidité et la mortalité par rapport à la situation actuelle. En outre, l'évolution, si l'en est, de la prestation des soins de santé et de la disponibilité des ressources influera sur le recours aux services pertinents.

Evans poursuit en disant:

Le vieillissement de la population ne nécessitera pas nécessairement un apport massif de ressources nouvelles au domaine des soins de la santé. Il exigera cependant une réaffectation des ressources: les secteurs de grand prestige que représentent les hôpitaux de soins aigus et les services du médecin personnel devront céder la place à ce que les Britanniques appellent les «services à la Cendrillon» en matière d'aide à domicile, de services psychiatriques et de soins à long terme.

Nous vous avons fait parvenir également des documents signés par le statisticien en chef du Canada, Ivan Fellegi. Je vous cite son article paru dans l'*Observateur économique canadien*:

Rien ne permet de croire que la proportion de personnes qui dépassent la limite habituelle de la vie humaine, qui se situe entre 85 et 95 ans, augmente appréciablement.

La plupart des prolongations de l'espérance de vie au cours du vingtième siècle ont été réalisées en diminuant la mortalité infantile de même que la mortalité causée par les maladies aiguës. En fait, les maladies chroniques causent présentement près de 80 p. 100 des décès. Même si les personnes âgées ne détiennent pas le monopole des maladies chroniques, l'incidence de ces maladies augmente sûrement avec l'âge. Ainsi, puisque la population vieillira, il faudra s'efforcer de retarder l'apparition des maladies chroniques, favoriser la vie saine et réduire la durée des maladies chroniques avant le décès.

D'autre part, de nombreuses maladies chroniques découlent de facteurs qui n'échappent pas à la maîtrise des personnes et de la société; je pense à l'alimentation, à la consommation de tabac, à l'exercice et à l'environnement. Une stratégie suivant laquelle on prêterait une attention suffisante à la promotion de la santé, cette expression étant interprétée de manière à englober des initiatives prises par les gouvernements, les entreprises et les particuliers, pourrait s'avérer extrêmement profitable.

[Text]

[Translation]

• 0950

Again, Mr. Chairman, health promotion is the second topic of your study. I think it is important that it is not just health promotion in terms of the philosophy of the delivery of services, but really, as Dr. Fellegi points out, dealing with the onset of chronic diseases and, indeed, the prevention of chronic diseases by interventions early in life so that one ages in a more healthful way.

We have also provided you with a list of some of the guidelines produced by Health and Welfare—indeed, Marie's unit—that help planners and administrators plan for the care of our senior citizens. You will see that in those documents we take a very holistic approach to the individual. We think that by the preparation of these documents, which are done in consultation with health care professionals and the provinces, we can help with the planning process.

Moving into the topic of seniors' independence, I think the committee will remember that in 1988 the government established the Seniors Independence Program. We have given you a copy of the applicant's guide, but more importantly, I would like to talk about some of the projects we have been funding, because the issue of keeping seniors active, independent and in their homes is one of the things the Seniors Independence Program is all about.

I will give a few examples of the kinds of projects we have been involved with. In Saskatchewan we have supported the development of Alzheimer's support groups, providing funds so the Alzheimer's Society can help with the organization and assistance for the families and care-givers of Alzheimer's patients to cope with that disease. In Prince Edward Island we have also supported the creation of Alzheimer's support groups.

The other important issue here is the care-givers, quite often women and quite often either the daughters or daughters-in-law of senior citizens. The Seniors Independence Program has put some emphasis on the creation and the support of care-giver support groups. There is one in Victoria; there is one at Baycrest in Toronto, Caring for the Caregivers; there is one here in Ottawa, the Ottawa West Senior Citizen Support Services.

I think we need to recognize that something over 80% of all health care provided in this country is provided by families and friends; it is not provided by the health care system as we know it. We are also supporting education and support for informal care-givers to senior citizens through a program at Mount Saint Vincent University in Halifax, Nova Scotia.

Part of this whole issue is also nutritional and social needs, helping seniors—and most of them want to stay in their homes—stay at home through nutritional and social

La promotion de la santé, monsieur le président, constitue le deuxième volet de votre étude. Il ne suffit pas de considérer la promotion de la santé uniquement en ce qui a trait aux principes sous-jacents de la prestation des services. Il faut plutôt, comme le signale M. Fellegi, penser à l'apparition des maladies chroniques et même à leur prévention au moyen de mesures prises plus tôt dans la vie, afin que chacun puisse conserver une meilleure santé en vieillissant.

Nous vous avons envoyé également une liste de certaines lignes directrices élaborées par Santé et Bien-être Canada—en fait par les services qui relèvent de Marie—pour aider les planificateurs et les administrateurs à prévoir les soins des personnes âgées. Vous constaterez, à la lecture de ces documents, que nous envisageons l'être humain de manière globale. Nous avons préparé ces documents en consultation avec des professionnels de la santé et avec les administrations provinciales et nous estimons pouvoir ainsi contribuer au processus de planification.

Si l'on peut passer maintenant à l'autonomie des aînés, je crois que vous vous souviendrez qu'en 1988, le gouvernement a mis sur pied son Programme d'autonomie des aîné(e)s; nous vous avons remis un exemplaire du Guide à l'intention des requérants. Cependant, j'aimerais vous parler maintenant de certains projets que nous avons financés parce que le Programme d'autonomie des aîné(e)s vise justement à garder les personnes âgées actives, autonomes et chez elles.

Je vous donne quelques exemples du genre de projets dont nous nous occupons. En Saskatchewan, nous avons aidé à organiser des groupes de soutien en donnant des fonds à la société Alzheimer pour que celle-ci puisse venir en aide aux familles et aux personnes qui soignent les victimes de cette maladie. Nous avons aussi aidé à mettre sur pied des groupes de soutien de ce genre à l'Île-du-Prince-Édouard.

Il faut penser aux dispensateurs de soins; ce sont souvent des femmes, bien souvent la fille ou la bru du malade âgé. Le Programme d'autonomie des aîné(e)s accorde une certaine importance à la création et au maintien de groupes de soutien des dispensateurs de soins. Il y en a un à Victoria; il y en a un autre au centre Baycrest, à Toronto, qui s'appelle *Caring for the Caregivers*; il y en a un aussi à Ottawa, appelé *Ottawa West Senior Citizen Support Services*.

Il faut se rendre compte que plus de 80 p. 100 des soins de santé dispensés au Canada sont donnés par la famille et les amis, et non par le réseau officiel de soins de santé. Nous finançons également un programme de formation et de soutien de dispensateurs de soins aux personnes âgées à l'université Mount Saint Vincent, à Halifax, en Nouvelle-Écosse.

Le Programme d'autonomie des aîné(e)s vise en partie à aider les personnes âgées à rester chez elles, puisque c'est ce que préfèrent la plupart d'entre elles, en les aidant

[Texte]

programs. A good example is one for the Chinese frail elderly who are home-bound in Toronto, which is run through a community centre as opposed to a typical health service organization.

Another issue is respite care so that families and friends who are willing to help with the care of seniors with health problems have some relief. That relief is either for short periods of time for a vacation, etc., or it is for some time during the day. This particular one is in Winnipeg, and it organizes volunteers to go into homes and allow the care-givers to get out, go shopping, go to social functions or whatever, so there is some respite from the hours of providing care and worrying about the persons who are living with them.

• 0955

Another very important issue is the issue of seniors and drugs. Indeed, I heard on the radio on the weekend a reference to a program being run by the B.C. Ministry of Health, and we have here for you the proceedings of a workshop that was held in February, a listing of the outputs from that, and the implementation from that workshop. B.C. estimates that one in six admissions to hospital are because of adverse reactions to drugs by seniors. The B.C. government is trying to reduce the number of those admissions through things such as brown bag clinics. One of the interesting things in this radio program is that one woman showed up with 48 bottles of drugs, and some of them were 8 years old. She may well have been taking them all.

Again, it is helping seniors with their knowledge about drugs, but also helping pharmacists, physicians, nurses and others in the community around this whole issue of medication. The emphasis here is to make sure we do not inadvertently create situations where seniors need to use the health care system, because, one, they do not want to, and, secondly, we need to make sure the resources we have in health care are appropriately and effectively used.

Senior independence is also promoted by new ways of organizing community health services, and there are several examples of experimental community service modalities—community health centres, comprehensive health organizations that Ontario is in the process of putting in place, the extramural hospital in New Brunswick, health services organizations that already exist in Ontario and Sault Ste. Marie would be a good example, and the *centres locaux de services communautaires* in

[Traduction]

à satisfaire leurs besoins alimentaires et sociaux. Je vous cite en exemple un programme à l'intention des Chinois âgés de Toronto, retenus à la maison par leur état de santé, programme qui relève d'un centre communautaire plutôt que d'un organisme usuel de soins de santé.

Il y a aussi des services de relève qui permettent aux familles ou aux amis qui s'occupent de personnes âgées malades de prendre un peu de répit. Le répit peut durer le temps d'aller en vacances, par exemple, ou ne durer que quelques heures durant la journée. Le service auquel je pense est à Winnipeg; c'est une organisation de bénévoles qui vont dans les maisons pour permettre aux personnes qui dispensent les soins de sortir, d'aller faire leurs courses, de participer à des activités sociales ou autres; bref, de se remettre un peu des heures de soins et d'inquiétude, passées auprès des aînés malades qui demeurent chez elles.

N'oublions pas non plus le problème de la surconsommation de médicaments par les personnes âgées. Pendant le weekend, j'ai entendu à la radio qu'on parlait d'un programme administré par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, et j'ai ici le compte-rendu des délibérations d'un atelier qui s'est tenu en février dernier, de même que les résultats et le suivi de l'atelier. La Colombie-Britannique évalue à une sur six le nombre d'admissions aux hôpitaux dues à des réactions négatives qu'auraient eu les personnes âgées à la consommation de certains médicaments. Le gouvernement provincial cherche justement à réduire le nombre de ces admissions en mettant sur pied des cliniques où l'on demande aux personnes âgées d'apporter de façon discrète tous les médicaments qu'elles consomment pour les faire examiner; l'émission radio-diffusée mentionnait le cas d'une femme qui s'est présentée avec 48 médicaments différents dont certains lui avaient été prescrits il y a huit ans. Il est fort possible que cette femme ait ingéré tous ces médicaments en même temps.

Ce genre de programme aide non seulement les personnes âgées à mieux comprendre l'effet des médicaments, mais aussi les pharmaciens, les médecins, les infirmières et la collectivité en général. Il s'agit, en fait, d'éviter que les personnes âgées aient à recourir aux soins de santé; d'une part elles ne le veulent pas, et d'autre part, il faut que nos ressources soient utilisées de façon judicieuse et efficace.

On encourage également les personnes âgées à être autonomes par des initiatives intéressantes dans la façon d'organiser les services de santé communautaires. Il existe déjà plusieurs exemples de services communautaires expérimentaux tel que les centres de santé communautaires, les organismes de santé globale que l'Ontario cherche à instaurer, l'hôpital extramuros du Nouveau-Brunswick, les organismes de services de santé que l'on trouve déjà en Ontario, comme celui du Sault

[Text]

Quebec. Madam Fortier will speak a little bit more about those in a few minutes.

[Translation]

Ste-Marie, et les centres locaux de services communautaires du Québec dont vous parlerez dans quelques instants madame Fortier.

Mr. Chairman, again, giving you examples of things in this country that work and deal with this issue of making sure we are not using our institutional services when we do not need to, let me illustrate one project, the Victoria Health Project in Victoria, British Columbia. In this case, we have a situation where there is one hospital board that manages the acute, chronic and rehabilitative services in the greater Victoria area. They have been working with the public health unit, which is run by the capital regional district—their municipal government—for the last couple of years, and there are two particular aspects.

Monsieur le président, puisque nous parlons d'initiatives canadiennes qui donnent de bons résultats et qui permettent d'utiliser à bon escient nos services en établissements de santé, laissez-moi vous donner un dernier exemple, celui du *Victoria Health Project* de Victoria en Colombie-Britannique. A Victoria, il existe un conseil d'administration hospitalière qui gère les services de soins intensifs, de soins chroniques et de soins de réadaptation pour toute la région métropolitaine de Victoria. Depuis un ou deux ans, ce conseil d'administration s'est adjoint l'unité de santé publique qui est administrée par le district régional de la capitale, soit le gouvernement municipal.

One of them is a quick response team from the hospital. They have recently evaluated the quick response team, and in 6 months, 150 elderly people were diverted from certain hospital admission. That made it available for 300 more appropriate acute care admissions to occur in those hospitals. It is not only that 150 elderly people were diverted from certain hospital admission, but only 8 of those 150 ever ended up in the hospital in the evaluation period, and 3 of those were for palliative care.

Cet arrangement présente deux aspects particuliers. Le premier, c'est que l'on a mis sur pied à l'hôpital une équipe qui évalue dès leur arrivée à l'hôpital le cas des personnes âgées. Cette équipe a réussi en six mois à empêcher l'admission à l'hôpital de quelque 150 personnes âgées, rendant ainsi disponibles 300 lits supplémentaires pour les soins intensifs dans ces mêmes hôpitaux. Non seulement les hôpitaux ont refusé d'admettre ces 150 personnes âgées, mais de ce nombre, seulement huit ont fini par être admises ultérieurement à l'hôpital pendant la période d'évaluation, dont trois pour des soins palliatifs.

It is possible to make more appropriate use of our resources and to ensure that we do not expend money needlessly. I would urge you, Mr. Chairman, if your committee has the time, to visit that project or at least have somebody from the project come to Ottawa and talk about it. Something that is absolutely unique, and indeed may even be unique in the world, is that they have closed in the city of Victoria—18% of its population is senior citizens—60 chronic care beds, and they have moved \$1 million from the hospital budget to the community budget. I do not think there is any other place in this country that has actually moved from institutional to community.

Vous voyez qu'il est possible d'utiliser beaucoup plus judicieusement nos ressources, pour éviter le gaspillage. Monsieur le président, j'encourage le Comité à aller visiter Victoria pour voir ce qu'il en est, ou du moins à inviter un représentant du programme à venir vous en parler à Ottawa. C'est un programme tout à fait unique en son genre, et peut-être même unique dans le monde, puisqu'il a permis à la ville de Victoria, dont les personnes âgées représentent 18 p. 100 de la population, de fermer 60 lits réservés aux soins chroniques et de verser un million de dollars du budget hospitalier au budget des soins communautaires. Je pense que c'est le seul endroit au pays où l'on ait fait un tel effort pour encourager les soins dans la collectivité plutôt que les soins dans les établissements de santé.

• 1000

One of the key reasons why that is important, however, is that there is one organizational structure responsible for the institutional services in the community. It is a partnership between community health services and institutional medical services that, while it may not be the only example in this country, is certainly one which has been evaluated and which works. For your committee we have a press release and background information on that project which is so new it is actually dated today. I like that project.

Mais si le programme présente autant d'intérêt, c'est notamment parce que les services en établissements dans la collectivité sont administrés par une seule structure organisationnelle qui est en fait un partenariat entre les services de santé dans la collectivité, d'une part, et, d'autre part, les services médicaux dans les établissements. Même si cet exemple de partenariat n'est peut-être pas le seul au pays, c'est en tous cas celui qui a été le plus évalué et qui semble donner d'excellents résultats. Pour votre gouverne, nous vous faisons tenir copie d'un communiqué de presse et d'information pertinente sur le programme en question et daté à peine d'aujourd'hui. C'est un programme qui me tient à coeur.

[Texte]

Mr. Dingwall (Cape Breton—East Richmond): Obviously.

Dr. Glynn: As well, this project has a rural component, in that the seniors of Saltspring Island are also provided with services from the Victoria health project.

Your second concern, Mr. Chairman, is accessibility of health care services. Your concern is shared by all provinces. Since 1984, at least 11 major health care reviews have been conducted. Of these a few have not yet published their reports. Nova Scotia's will be out in the next few weeks, as will Alberta's. Saskatchewan will be reporting in 1990. As these reports come out, you may well want to review them. Newfoundland, New Brunswick, Quebec, Ontario and Manitoba have finished their reviews. These have led to major changes in the organization and funding of health services. That does not mean that provinces where no review has taken place have not been doing anything. They also have been adapting their services.

The issues the provinces undertook to review include impact of preventable illnesses and injuries, a better understanding of the factors that put people at risk, changing demographics, problems of shortages or maldistribution in certain health occupations, the methods of funding and cost effectiveness of health spending, the problems in utilization of health services, management issues and deficiencies in information and research.

I could go on, but a good example is found in Quebec. In 1987 the Commission of Inquiry on Health and Social Services, the Rochon Commission, reported to the minister of health and social services. Two years later the minister issued a white paper outlining major reforms the government plans to introduce. While the implementation of these reforms has been temporarily halted due to the September election and the appointment of a new minister, we have given you a copy of the white paper. I believe it is the intention of the Government of Quebec to implement a number of the changes in that paper.

In reviewing the paper, you will see that the Government of Quebec's review of its health and social services is comprehensive. We also have a list of all the provincial reviews with their chairpersons and contact points. While this list was produced in March of 1989, it will at least give you contacts to further pursue what has been going on in the reviews of provincial services.

[Traduction]

M. Dingwall (Cape Breton—Richmond-Est): Cela se voit.

M. Glynn: Le programme présente également une composante rurale, puisque les aînés de l'île Saltspring peuvent également avoir recours aux services dispensés par le programme de santé de Victoria.

Monsieur le président, votre comité s'intéresse à l'accessibilité aux services de soins de santé. Toutes les provinces se partagent votre intérêt puisque depuis 1984, elles ont mené au moins 11 études en profondeur de leurs soins de santé. Certaines provinces n'ont pas encore publié leur rapport, mais celui de la Nouvelle-Ecosse est sensé paraître, tout comme celui de l'Alberta. La Saskatchewan, quant à elle, rendra le sien public en 1990. Au fur et à mesure que ces rapports seront publiés, votre comité voudra peut-être les étudier. Les études de Terre-Neuve, du Nouveau Brunswick, du Québec, de l'Ontario et du Manitoba sont déjà publiées et ont entraîné des réorientations en profondeur dans l'organisation des services de santé et dans leur financement. Cela ne signifie pas pour autant que les provinces qui n'ont pas encore réévalué leur régime se tournent les pouces; au contraire, elles ont adapté leurs services.

Les provinces se sont engagées à étudier la façon dont il était possible de prévenir les maladies et les blessures, à mieux comprendre les facteurs de risque pour la population, à évaluer les changements démographiques, les problèmes de pénurie et de mauvaise distribution des ressources dans certaines activités de soins de santé, les méthodes de financement et de rentabilité des ressources financières en matière de santé, les problèmes liés à l'utilisation des services de santé, la gestion de l'information et de la recherche et les lacunes dans ces domaines.

Je pourrais allonger ma liste, mais laissez-moi vous donner l'exemple du Québec. En 1987, la Commission Rochon, c'est-à-dire la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux remettait son rapport au ministre de la santé et des services sociaux. Deux ans plus tard, la ministre répondait par un livre blanc énonçant les grandes réformes du gouvernement dans ce domaine. Bien que l'instauration de ces réformes ait été mise en veilleuse temporairement en raison de l'élection de septembre dernier et de la nomination d'un nouveau ministre, le Livre blanc—dont nous vous avons fourni copie—tient toujours et je crois que le gouvernement du Québec a toujours l'intention d'instaurer une bonne partie des modifications proposées.

Vous constaterez, si vous lisez le Livre blanc, que le gouvernement du Québec a évalué de façon exhaustive tous les soins de santé et les services sociaux de sa province. Nous pouvons vous fournir également une liste de toutes les évaluations effectuées par les provinces, auxquelles nous avons joint le nom des présidents et les personnes contact. Même si cette liste remonte au mois de mars dernier, elle vous dira quand même qui aller voir si vous voulez vous renseigner sur les évaluations faites par les provinces de leurs services.

[Text]

Accessibility, however, is only one side of the coin. Appropriateness of care is the other. Again, we recently had a conference, sponsored by the provinces, on quality assurance and effectiveness in health care. The conference chairman, Jonathan Lomas of McMaster University, said there was increasing evidence of inappropriate care. A Canadian study done in 1986-87 found that as much as 23% of the use of fresh-frozen plasma was clearly inappropriate. Why are 66% more coronary bypass surgeries performed in one region over another without any apparent explanation or difference in health outcomes? According to Lomas and other speakers at the symposium, as many as 20% of hospital admissions are inappropriate. The speakers referred to what are known as surplus health care services.

• 1005

The fact that this symposium was attended by several provincial ministers and deputy ministers of health should give you an indication of the level of interest in Canada in making better use of our services. We have provided a copy of Lomas's paper to you, Mr. Chairman, and I think that along with copies of other speeches made at that conference you will find it particularly interesting. Let me just quote somewhat from his introductory comments, where he asked where effectiveness fits into all of this. He was talking about quality of care. He answered that a main role for it is in constantly bringing us back to the objectives of health care delivery. How can we decide whether we are being effective without knowing what our objectives are? Here he made a distinction between secondary and primary objectives.

His secondary objectives for health care are technical competence, accessible services, efficient institutions and patient satisfaction, while his primary objective is to improve or maintain the population's health.

No one could argue that we wish to have services delivered in a technically competent way, to have them readily accessible for everyone, and to have them delivered in institutions that are efficiently run. But these are really secondary objectives because we can do all of the above, but we will still not be effective if we are not improving, or at least maintaining, the health of our populations.

Thus, although the focus of quality assurance can and in many cases will be on these secondary objectives, the ultimate meaning of effectiveness relates to health outcomes. Again a number of the speakers picked up on that particular point.

A growing body of evidence exists that the mere provision of health services does not guarantee their appropriateness. We are concerned that we can so easily unearth examples of inappropriate care. We are finally

[Translation]

L'accessibilité, ce n'est qu'un côté de la médaille. L'autre côté, c'est la justesse des soins. Nous avons récemment tenu une conférence parrainée par les provinces sur l'assurance de la qualité et l'efficacité des soins de santé. Le président de la conférence, qui était Jonathan Lomas de l'Université de McMaster, a affirmé que tout laissait croire à un accroissement dans les soins injustifié. Une étude canadienne effectuée en 1986 et 1987 a démontré que l'on utilisait de façon injustifiée jusqu'à 23 p. 100 de tout le plasma frais congelé. Pourquoi dans certaines régions fait-on 66 p. 100 de plus de pontages coronariens par rapport aux autres régions, sans que l'on puisse apparemment expliquer pourquoi ou sans que l'on puisse le justifier ultérieurement par une meilleure santé? D'après Lomas et certains autres conférenciers, on admet de façon injustifiée dans les hôpitaux jusqu'à 20 p. 100 de patients. A la conférence, on parlait d'excès de soins.

Puisque plusieurs ministres et sous-ministres provinciaux de la Santé avaient choisi d'assister à la conférence, cela montre à quel point on s'intéresse à la question et combien on cherche à mieux utiliser nos soins de santé. Nous vous faisons tenir copie du discours de M. Lomas de même que de celui des autres conférenciers qui pourraient vous intéresser. Laissez-moi vous citer les observations liminaires de M. Lomas. Il demande comment l'on peut parler d'efficacité tout en maintenant la qualité des soins. Il répond lui-même en affirmant qu'il faut toujours se rappeler quels sont les objectifs de la prestation des soins de santé. En effet, comment déterminer si nous sommes efficaces, si nous ne connaissons pas nos objectifs? C'est alors que M. Lomas fait la distinction entre les objectifs secondaires et les objectifs premiers.

Les objectifs secondaires, ce sont la compétence technique, l'accessibilité des services, l'efficacité des établissements de santé et la satisfaction des patients, tandis que l'objectif premier, c'est d'accroître la santé de la population ou à tout le moins de la maintenir stable.

Personne ne contestera les objectifs secondaires, à savoir que les services doivent être fournis d'une façon techniquement compétente, qu'ils doivent être facilement accessibles à tous et qu'ils doivent être fournis dans des établissements administrés efficacement. Mais il s'agit là évidemment d'objectifs uniquement secondaires, puisque l'on peut y parvenir tout en étant très loin de l'efficacité, dans la mesure où la santé de la population ne s'améliore pas, ou si elle ne se maintient pas stable.

Par conséquent, même si l'on peut parler d'assurance de la qualité pour les objectifs secondaires, le test ultime, en matière d'efficacité, c'est la santé de la population qui nous le donnera, comme l'ont fait remarquer plusieurs des conférenciers.

Les chiffres démontrent de plus en plus que ce n'est pas simplement parce que l'on fournit des services de santé qu'ils sont nécessairement justifiés. L'inquiétant, c'est de constater aussi qu'il est assez facile de déterrer des

[Texte]

realizing that demonstrations of variations in practice patterns that have been around for more than a decade cannot always be explained by variations in patients' needs for services. And the exponentially increasing possibilities in health care are coming into conflict with a limited fiscal capability.

Again, Mr. Chairman, I quote from Professor Lomas's speech because I think it highlights a very important point. He said we must ensure that the resources we currently have in the system are being used in the most effective way and in the most effective organizational structure.

It is also important to know that the medical profession, in a recent paper in the *Canadian Medical Association Journal* by Dr. Adam Linton and Dr. David Peachy, both of them very involved with the Ontario Medical Association, pointed out that the review and analysis of medical care are something with which the medical profession must become intimately involved. Again there is this issue of effectiveness and appropriateness.

Mr. Chairman, your terms of reference speak of rural and remote areas. Let me just briefly touch on this issue, because a number of provinces have put into place incentives and recruitment and training objectives to increase the supply, especially of physicians in these areas, and several provinces are currently evaluating the impact of these measures and we can certainly provide you with a comprehensive list of all of these particular measures.

You mentioned in your terms of reference the issue of mental health services for immigrants in particular. You may be aware that Health and Welfare Canada and the Ministry of the Secretary of State a couple of years ago commissioned a report on mental health issues affecting immigrants and refugees in Canada, called "After the Door has been Opened". This report is now completed and is being reviewed not only by the Government of Canada but also by the governments and health services of all the provinces.

We have talked a little bit about health promotion issues and their importance, not just in the way the services are provided to senior Canadians but also in looking at the prevention of chronic diseases so that we do age in a healthier way.

There are also a number of projects to strengthen community health. One in particular is a secretariat in the Canadian Public Health Association. Again, what we are doing through our financing of the secretariat is

[Traduction]

exemples en ce sens. On se rend compte finalement que même si la pratique varie d'un endroit à l'autre, comme on le constate depuis plus de 10 ans, ces variations ne sont pas nécessairement justifiées par les besoins des patients. De plus, ce n'est pas non plus parce que les perspectives en soins de santé augmentent de façon exponentielle que l'on peut dire la même chose pour notre capacité financière à les assumer.

Monsieur le président, laissez-moi vous citer encore une fois le professeur Lomas: d'après lui, ce qui est très important, c'est de faire en sorte que les ressources actuellement disponibles soient les plus rentables possible et qu'elles soient utilisées dans une structure organisationnelle la plus efficace qui soit.

Dans un article paru récemment dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* sous la plume des docteurs Adam Linton et David Peachy, qui sont tous deux des membres très actifs de l'Association médicale de l'Ontario, on a pu lire à quel point il était important que le corps médical s'intéresse de plus en plus à l'évaluation et à l'analyse des soins médicaux, en vue d'en assurer l'efficacité et la justesse.

Monsieur le président, votre mandat vous demande de vous intéresser aux soins dispensés dans les régions rurales et éloignées. Je m'y attarderai quelques instants, pour vous expliquer que plusieurs provinces se sont fixé des objectifs d'encouragement financier, de recrutement et de formation destinés à attirer un plus grand nombre de médecins dans ces régions périphériques; plusieurs d'entre elles sont justement entrain d'évaluer ces mesures pour voir si elles ont été efficaces, et si cela vous intéresse, nous pouvons vous fournir la liste complète des différentes mesures prises par elles.

Votre mandat mentionne aussi les services de soins de santé mentale destinés aux émigrants. Vous savez peut-être qu'il y a quelques années, le ministère de la Santé et du Bien-être social et celui du Secrétariat d'État avaient commandé un rapport sur les problèmes de santé mentale des émigrants et des réfugiés au Canada. Ce rapport, intitulé «Puis... La porte s'est ouverte», est maintenant terminé et est à l'étude non seulement du gouvernement du Canada mais aussi des gouvernements provinciaux et de leur ministère de la Santé.

Nous avons parlé un peu de la promotion de la santé et de son importance, non seulement en ce qui concerne la façon dont les services sont fournis à nos aînés, mais aussi dans l'optique de la prévention des maladies chroniques pour les aider à vieillir tout en restant en bonne santé.

Il existe également de nombreux projets visant à promouvoir la santé communautaire. On pourrait citer entre autres un secrétariat au sein de l'Association canadienne de santé publique. Encore une fois, en

[Text]

helping to bring community health to the fore so that we can see increased resources going into that sector.

Mr. Chairman, let me now ask my colleague to talk about CLSCs in Quebec and give you some sense of what the Province of Quebec is doing in terms of the organization and delivery of health services to deal with a number of the issues that are mentioned in your terms of reference. Marie, please.

Ms Marie Fortier (Director General, Health Services Directorate, Department of National Health and Welfare): Thank you, Mr. Chairman. My remarks will be in French.

Les centres locaux de services communautaires se sont établis au Québec au début des années 70, à l'occasion de la réforme de la santé et des services sociaux. Ils couvrent maintenant l'ensemble du territoire québécois après un certain nombre d'années de développement.

À l'origine, au moment de la Commission Castonguay-Neveu, les CLSC avaient été conçus comme la porte d'entrée unique au système de santé. Cependant, en réalité, leur développement a été différent. La pratique médicale privée a continué jusqu'à maintenant d'évoluer en parallèle. Les CLSC se sont donc concentrés du côté des services de santé publics tels l'immunisation, le contrôle des maladies infectieuses, les services de santé préventifs, les cours prénatals, le suivi des nouveau-nés, les conseils sur la nutrition, le planning familial, la santé dentaire, les services à domicile, la santé scolaire et certains services psychosociaux.

Les CLSC ont graduellement commencé à offrir les services de santé et de sécurité au travail avec la mise en place de la nouvelle Loi sur la santé et la sécurité au travail du Québec. Cela les met en contact avec les entreprises qui sont situées sur leur territoire.

Les CLSC travaillent en étroite collaboration avec les départements de santé communautaire qui ont la responsabilité de déterminer l'état de santé de la population, de développer les programmes de prévention et de promotion de la santé et d'évaluer le fonctionnement des services de santé. Chaque département de santé communautaire peut avoir un territoire qui comporte plusieurs CLSC. Il y a environ 150 CLSC au Québec et, à l'heure actuelle, il y a 32 départements de santé communautaire. Chaque CLSC dessert en moyenne 150,000 personnes. Bien sûr, dans les régions rurales, le nombre de personnes desservies peut être beaucoup plus restreint.

À l'heure actuelle, chaque CLSC est géré par un conseil d'administration qui compte des représentants des personnes desservies ainsi que des représentants du personnel. Les médecins qui travaillent dans les CLSC sont généralement rémunérés selon le mode du salaire ou de la vacation, une vacation qui équivaut normalement à une période de travail d'une demi-journée.

[Translation]

finançant ce secrétariat, nous cherchons à rehausser le profil de la santé communautaire afin que de plus amples ressources soient dirigées vers ce secteur.

Monsieur le président, je demanderais maintenant à ma collègue de nous entretenir des CLSC du Québec afin de vous donner une idée de ce qui se fait dans cette province au chapitre de l'organisation et de la prestation des services de santé pour répondre à certaines des préoccupations mentionnées dans votre mandat. Marie, allez-y!

Mme Marie Fortier (directrice générale, Direction des services de la santé, ministère de la Santé et du Bien-être social): Merci, monsieur le président. Je vais vous livrer mes propos en français.

Community health centres, or CLSCs, were established in Quebec in the early seventies, when the province undertook a number of health care and social services reforms. CLSCs can now be found throughout the province, following a number of years of development.

Originally, at the time of the Castonguay-Neveu Commission, CLSCs were designed as the sole gateway to the health care system. However, their actual development took quite a different path. Private medical practice continued to develop parallel to the CLSC system. CLSCs concentrated on public health services such as immunization, infectious disease control, preventive health services, prenatal classes, neonatal care, nutritional counselling, family planning, dental services, home services, school services and certain psychosocial services.

CLSCs gradually started to provide occupational health and safety services with the introduction of the new Quebec law on occupational health and safety. This put the centres in contact with the businesses located within their territory.

CLSCs work in close co-operation with community health departments, which are responsible for determining the state of health of the population, for developing prevention and health promotion programs and for evaluating the effectiveness of health care operations. Each community health department can have several CLSCs within its territory. There are approximately 150 CLSCs in Quebec and, at the present time, there are 32 community health departments. Each CLSC serves an average population of 150,000. Of course, population served can be much smaller in rural areas.

Right now, each CLSC is managed by a board of directors that includes representatives from the public it serves as well as staff representatives. The doctors who work in CLSCs are generally paid on a salary or fee basis, with a period of duty normally equivalent to one half-day of work.

[Texte]

Les autres travailleurs des CLSC sont typiquement des infirmières, des travailleurs sociaux, des agents de développement communautaire, des auxiliaires familiales et, évidemment, le personnel de soutien normal.

Au cours des dernières années, et cela en parallèle avec le développement de la Commission Rochon et d'autres études, le rôle des CLSC en matière de services de santé mentale s'est accru. Ils ont aussi pris en charge les services aux jeunes de 12 à 18 ans en difficulté.

Pour les services de santé, les CLSC travaillent en étroite collaboration avec les centres hospitaliers de leur territoire. Par ailleurs, du côté social, ils sont en rapport avec les centres de services sociaux ainsi qu'avec les établissements qui offrent des services de réadaptation sociale. Ils ont aussi des liens avec les services bénévoles communautaires à qui ils offrent souvent des locaux et un certain soutien administratif. Ils utilisent leurs agents de développement communautaire pour encourager le développement des services bénévoles.

La proximité des services bénévoles avec les services publics financés par le gouvernement, à l'intérieur des CLSC, permet une meilleure intégration. Par exemple, du côté des soins à domicile, il est clair que les services de popote roulante peuvent travailler beaucoup plus étroitement avec les infirmières et les auxiliaires familiales étant donné qu'ils oeuvrent à partir des mêmes bases géographiques et physiques.

Au Québec, l'ensemble des services de santé et des services sociaux d'une région est planifié et coordonné par les conseils régionaux de la santé et des services sociaux qui, eux aussi, sont gérés par des conseils d'administration qui représentent la population.

Donc, à tous les niveaux, tant au niveau des services communautaires eux-mêmes qu'au niveau de l'organisation et de la planification des services, la population est impliquée dans la gestion des organismes.

• 1015

Avec la publication du rapport de la Commission Rochon et l'analyse qu'en a faite le ministère, on a proposé un certain nombre de changements dont je vais vous parler pendant quelques minutes. Ils sont décrits dans le document d'orientation du ministère de la Santé et des Services sociaux dont on vous a déjà fait parvenir une copie.

Le document d'orientation propose d'abord de regrouper sous un même conseil d'administration tous les établissements d'un territoire de CLSC. Ainsi, les centres hospitaliers, les centres de soins de longue durée ainsi que les CLSC d'un même territoire, qui desservent une même population, seraient gérés par un même conseil d'administration. Cela offrirait un contexte équivalent à celui de Victoria, que le D^r Glynn a décrit il y a quelques instants, et permettant une meilleure intégration des services.

Du côté social, on propose la même intégration par territoire de centre de services sociaux, c'est-à-dire un

[Traduction]

As a rule, other CLSC staff include nurses, social workers, community development officers, homemakers and the usual support staff.

Over the past few years, parallel with the development of the Rochon Commission and other studies, the role of CLSCs in the delivery of mental health services has increased. They have also taken charge of services for troubled youth between 12 and 18 years of age.

With regard to the delivery of health care services, CLSCs work in close co-operation with hospital in their territory. Moreover, with regard to social services, they maintain contacts with social service centres as well as with institutions that provide social rehabilitation services. They also have contacts with community volunteer organizations to whom they often provide office space and some administrative support. CLSCs use their community development officers to promote the development of volunteers' services.

The proximity of volunteer services and government-funded public services within CLSCs allows for greater integration. For instance, in the area of home care, Meals on Wheels services can clearly work much closer with nurses and visiting homemakers since they work in the same geographical area and from the same location.

In the province of Quebec, all health care and social services for a given region are planned and coordinated by regional health care and social service councils that are in turn administered by boards of directors made up of representatives of the public.

Therefore, at all levels, be it at the level of community services as such or in the organization and planning of services, the public is involved in the management of these organizations.

After publication of the Rochon Commission report and the analysis carried out by the department, a number of changes were suggested which I would like to examine with you for a few moments. They are described in the position paper of the Health and Social Services Department of which you already have a copy.

The document first proposes to regroup under a same board of directors all the facilities in a community services centre territory. This means that hospital services, chronic care centres and the community services centres in a same territory which serve the same population would be administered by a single board of directors. This would provide an equivalent structure to that of Victoria which D^r Glynn described a few minutes ago and would allow for a better integration of services.

On the social side, we propose the same integration by social services centre territory, which would mean that

[Text]

même conseil d'administration pour gérer l'ensemble des services sociaux dispensés par les CSS et par les centres de réadaptation et autres organismes à vocation sociale.

On propose aussi de modifier la composition des conseils d'administration pour assurer que les citoyens occupent la totalité des sièges. Au cours des années, avec différents amendements législatifs, un certain nombre de sièges des conseils d'administration d'établissements ont été occupés par des cadres d'autres établissements, ce qui était perçu comme un modèle un peu incestueux à l'intérieur du régime.

Le rôle des CLSC en matière de services médicaux et infirmiers courants est précisé par le document d'orientation du ministère. En effet, les CLSC seraient responsables d'organiser des services de consultation médicale et de consultation d'infirmières sur rendez-vous, ainsi que des services de garde, ce qui pourrait aider à réduire l'encombrement des urgences des hôpitaux. Ils pourraient aussi certainement offrir une autre réponse rapide à des problèmes perçus comme urgents par des résidents du territoire.

On envisage aussi une réduction du nombre de départements de santé communautaire, mais on maintient leur rattachement à des centres hospitaliers.

Enfin, le ministère songe à transformer les conseils régionaux en régies régionales de la santé et des services sociaux, ce qui augmenterait leur autonomie et leur rôle décisionnel en ce qui a trait à l'allocation des ressources, à la programmation des services et au contrôle budgétaire. En somme, le ministère décentraliserait ses activités de gestion du système au niveau régional. C'est la forme la plus poussée de participation communautaire à l'organisation et au fonctionnement des services.

En parallèle avec les travaux de la Commission Rochon, il y a eu un certain nombre d'autres travaux, dont un comité présidé par le D^r Jacques Brunet qui s'est penché sur la vocation des CLSC. Ses recommandations sont incorporées au document d'orientation du ministère.

Une autre activité importante a été l'enquête sur l'état de santé de la population, Enquête santé Québec, qui a été pilotée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, avec une participation très étendue du réseau des départements de santé communautaires. C'est grâce à cette enquête que le ministère a pu inclure des objectifs santé dans son document d'orientation, tel que le recommandait le rapport Rochon.

Ceci termine mes remarques sur le système québécois.

Dr. Glynn: I will deal briefly with the other issue of health human resources. We have provided you with a copy of a recent study that was undertaken by the Canadian Medical Association, and one of the conclusions of that is the difficulty and complexity of dealing with manpower projections.

I think we also know that we have a shortage of nurses willing to work in Canada. It is important, Mr. Chairman,

[Translation]

the same board of directors would manage all the social services provided by the social services centres, as well as by the rehabilitation centres and other socially oriented agencies.

We also suggest that the membership of the boards of directors be changed to insure that citizens hold all the positions. As the years went by, various legislative amendments were made and a number of seats on the boards of directors of various facilities were filled by managers from other facilities, which was viewed as somewhat incestuous.

The role of community services centres in providing regular medical and nursing services is defined in the department's position paper. The centres would be responsible for organizing medical and nursing consultations services by appointment, as well as nursing services, which could help to reduce the overcrowding of hospital emergency services. They could also provide another quick solution to the problems viewed as urgent by residents of the territory.

We are also looking at a reduction of the number of community health departments, but they would still be related to hospital centres.

Finally, the department is considering making the regional boards into regional health and social services commissions, which would make them more independent and increase their decision-making in resource allocation, services programming and budgetary control. In other words, the department would decentralize its management activities to the regions. This is the most extensive form of community involvement in the organization and operation of services.

Parallel to the work of the Rochon Commission, a number of other studies were carried out; a committee presided by D^r Jacques Brunet examined the purpose of community services centres. Its recommendations are included in the position paper of the department.

Another major activity was the inquiry on the health of the population entitled Health Inquiry Quebec, which was sponsored by the Department of Health and Social Services, with the extensive participation of the network of community health departments. Thanks to this investigation the department was able to include health objectives in its orientation document, as recommended by the Rochon report.

This concludes my observations on the Quebec system.

M. Glynn: Je parlerai brièvement de l'autre question des ressources humaines en matière de santé. Nous vous avons fourni un exemplaire d'une étude récente menée par l'Association médicale canadienne et qui concluait notamment qu'il était difficile et complexe de faire des projections de main-d'oeuvre.

Je pense qu'il faut aussi reconnaître que nous manquons d'infirmières prêtes à travailler au Canada. Il

[Texte]

that one differentiates between number of people who are trained and number of people who are willing to work. We do not have a shortage of the number of nurses trained in this country. With regard to rehabilitation professionals, we do indeed have a profound shortage.

The important thing in dealing with health personnel is the issue that these are trained and regulated by each province. There are some common rules, but some rules are different from province to province. I think one of the important things we have to look at is the examination of the roles of all the health occupations and workers—indeed, how they fit together as they provide services to patients and orientation on patients.

• 1020

In conclusion, I would like to make a couple of final comments. The first is that Canada is regarded world-wide as having excellent world-class examples of organization and delivery of health services. If I might quote again from my favourite project, it was visited a couple of weeks ago by Swedish physicians who said that Sweden can learn something from the Victoria health project. In the past we seemed to think we needed to go to other countries to find out how to do things. In the last few years other countries are coming to Canada to find out how to organize and deliver health services.

To emphasize our profound need to understand what creates health, in the weekend *Globe and Mail* you will find an article that is related to a research paper being presented by a professor in surgery at the University of Toronto. The headline is "Mental Health May Shape Immune Response" and one of the things that is going on is that the medical profession is stating more and more scientifically the relationship between mental health and physical well-being, and we in the medical community are not just. . . I am sure the physicians on your committee have many stories of anecdotes. We have been able to take those anecdotes and give them a scientific basis.

What this may well mean for our senior population is that maintenance of their independence, self-esteem, and mental well-being will play a large part in keeping them healthy for as long as possible and in the least possible use of our health services.

I apologize that our remarks took some time, but there was a lot of information that we thought you might like to hear.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Glynn and Madam Fortier.

Mr. Wilbee (Delta): They mentioned a great deal of very relevant material that has been provided to the committee. Is that material available for the members, or is there just one copy that you have given to the clerk?

[Traduction]

importe, monsieur le président, de faire la distinction entre ceux qui ont la formation voulue et ceux qui sont prêts à travailler. Nous ne manquons pas d'infirmières formées au Canada, mais nous manquons certainement beaucoup de professionnels de la réadaptation.

Une chose importante à retenir relativement au personnel de santé, c'est que ces travailleurs sont formés et régis par leur propre province. Certaines règles sont les mêmes, mais d'autres varient d'une province à l'autre. L'une des choses importantes que nous devrions examiner a trait aux rôles de toutes les professions et tous les travailleurs de la santé et de voir comment leurs rôles se complètent dans les services et les conseils qu'ils fournissent aux patients.

Pour terminer, je voudrais faire quelques observations. D'abord, le Canada est reconnu dans le monde entier pour ses différents modèle de soins. Si je peux me reporter encore à mon projet préféré, je dirai que les médecins suédois qui nous ont rendu visite il y a quelques semaines nous ont dit que la Suède avait quelque chose à apprendre du projet de santé de Victoria. Auparavant, nous semblions croire qu'il fallait aller voir comment se faisaient les choses dans d'autres pays. Depuis quelques années, ce sont les étrangers qui viennent au Canada voir comment nous organisons et fournissons nos services de santé.

Pour voir à quel point il est nécessaire de comprendre ce qui fait la santé, je me reproterai à un article publié en fin de semaine dans le *Globe and Mail* au sujet d'un document de recherche présenté par un professeur de chirurgie à l'université de Toronto. Cette article s'intitule «La santé mentale peut influencer sur la capacité immunitaire» et signale que la profession médicale établit de façon scientifique qu'il existe un rapport entre la santé mentale et le bien-être physique et que, nous, médecins, ne faisons pas que. . . Je suis certain que les médecins qui font partie de votre Comité pourraient vous raconter toutes sortes d'anecdotes. Nous avons pu rassembler ces anecdotes et leur donner un fondement scientifique.

Pour notre population âgée, cela pourrait vouloir dire que le fait de garder son indépendance, le respect de soi et le bien-être mental contribue beaucoup à la santé; elle fera ainsi moins appel à nos services de santé.

Je m'excuse d'avoir pris aussi longtemps, mais il y a bon nombre de renseignements que nous pensions utiles.

Le président: Merci beaucoup, docteur Glynn et madame Fortier.

M. Wilbee (député de Delta): Vous avez mentionné un bon nombre de documents très pertinents qui ont été fournis au Comité. Les membres du Comité peuvent-ils obtenir ces documents ou y en a-t-il seulement un exemplaire que vous avez remis à la greffière?

[Text]

Dr. Glynn: We have provided one copy to the clerk, but we will endeavour to provide additional copies if you would like them. We will work with the clerk on what you need.

Mr. Wilbee: I would certainly appreciate it because it is a lot of very relevant material and this is one of our major studies so it would be worth our while to spend some time reading it in more detail.

The Chairman: There is a lot of relevant material that most members would be interested in, so I have discussed this with the clerk and any of the material that can be of use to the committee will be made available.

You commented several times on the situation in Victoria. Those of us in politics have been made very aware of the changing demographics in Canada, certainly as they relate to health care as a result of a growing aging population, and to the somewhat different change in everything from pension plans to available housing. I gather that the situation Victoria is what we can expect to experience in Canada in terms of population and that we are going from roughly one in ten being considered seniors to the figure you talked about of close to 20%.

You have indicated that Victoria is an example of some of the changes. But will it be an example of what Canada is? I would assume that Victoria's population is perhaps a more affluent one, with a lot of people retiring to Victoria from other parts of Canada. It may not be typical of what is going on in other areas across the country. You may wish to comment on that. I am sure it will come up in questioning. I just mention that because I am sure all of us are somewhat concerned about the changes, everything from birth rates to the age when women are having their first child. There are so many changes taking place in Canada's population and it has an effect on so many areas. So I am sure we would like to hear your responses.

• 1025

Mr. Dingwall: Just briefly on the point of order raised by my colleague, I hope the chairman and the clerk in the future would impress upon witnesses who do come before our committee, such as those who have come here this morning, to try to present copies, if you will, if they have written remarks but also in terms of the materials they have referred to. If we could have sufficient numbers for all committee members in both official languages, if that could be distributed either before or at the time of their presentation, it certainly would be helpful. Our witnesses did make a number of references to important documents. I just say that as a passing note.

I thank the witnesses for their presentation. Some of the information they have shared with us is rather

[Translation]

M. Glynn: Nous en avons fourni un exemplaire à la greffière, mais nous essayerons d'obtenir d'autres exemplaires si vous le voulez. Nous nous entendrons avec la greffière pour savoir ce qu'il vous faut.

M. Wilbee: Je vous en serais reconnaissant parce que ces documents sont très pertinents et qu'il s'agit de l'une de nos principales études. Ce serait donc utile que nous passions quelque temps à lire ces documents.

Le président: Il y a beaucoup de documents que la plupart des membres du Comité trouveront intéressants. J'en ai discuté avec la greffière et tout document qui peut être utile au Comité sera disponible.

Vous avez parlé plusieurs fois de la situation à Victoria. Nous qui sommes en politique avons été fortement sensibilisés aux changements démographiques qui se produisent au Canada et aux conséquences que cela a pour les soins de santé à cause du vieillissement de la population et aussi de l'évolution des régimes de pension et des logements disponibles, par exemple. J'imagine que la situation qui existe à Victoria est à peu près la même que celle à laquelle nous pouvons nous attendre dans le reste du pays et que, alors que, pour l'instant, une personne sur 10 est considérée comme une personne âgée, la proportion dont vous avez parlé est de près de 20 p. 100.

Vous dites que Victoria constitue un bon exemple des changements qui peuvent se produire. Mais est-ce que ce sera la même chose pour le Canada? J'imagine que les habitants de Victoria sont peut-être plus prospères que la moyenne puisque bon nombre de gens d'autres régions du pays s'établissent à Victoria après leur retraite. Ce n'est peut-être pas représentatif de ce qui se passe dans d'autres régions du pays. Vous aurez peut-être quelque chose à dire là-dessus. Je suis certain que l'on reviendra là-dessus dans les questions. Je le mentionne parce que nous sommes tous préoccupés dans une certaine mesure par les changements dans les taux de natalité ou l'âge auquel les femmes ont leur premier enfant. La population du Canada change tellement et ces changements se répercutent dans tellement de domaines. Nous aimerions entendre ce que vous avez à dire.

M. Dingwall: Rapidement, au sujet de l'objection soulevée par mon collègue, j'espère que le président et le greffier sauront à l'avenir faire comprendre aux témoins qui comparaissent devant le Comité, comme ceux de ce matin, qu'ils doivent tenter de nous fournir des exemplaires de leurs commentaires écrits et des documents auxquels ils font allusion. Il nous serait certainement utile d'en recevoir suffisamment pour tous les membres du Comité, dans les deux langues officielles, soit à l'avance ou au moment de la présentation. Nos témoins ont fait un certain nombre de renvois à des documents importants. Je le signale en passant.

Je remercie les témoins de leur présentation. Certains renseignements qu'ils ont partagé avec nous diffèrent

[Texte]

different from what I assumed would be out there in terms of the demographics, and I would be interested in reading some of the stats you have to substantiate that claim. You made particular mention, Dr. Glynn, of your pet project in British Columbia. It seems to me to be a very useful and a very worthwhile type of project. As you look across this great country of ours, do you find similar projects, or do you find that provincial governments are inclined to move in that type of a direction—namely, away from institutionalized care to some form of home care and community care? Do you find that trend is sufficiently strong there?

Dr. Glynn: The short answer is yes. Some provinces—Manitoba, Saskatchewan—have been moving in that direction for a long period of time. Some provinces have more recently moved. I believe last year Nova Scotia announced the creation of a home care program throughout the province. There was home care in Nova Scotia before that.

The theme of all of the provincial reviews has been the provision of services in the community. What we have seen gathering momentum over the last four or five years now is a swing towards taking services closer to the people and providing them in a less institutionalized way. I think as you go across the country, you will find that every province is moving in that direction.

Mr. Dingwall: From my vantage point—and I stand to be corrected, although that sentiment has been expressed by provincial jurisdictions, and I do not wish to get into a bashing of the provinces—in actual fact the movement toward that has been, at best, extremely slow. I was interested when you said that the incidence of disability for the elderly does not necessarily mean there is going to be more need for institutional care. I believe you said that. I am wondering what the federal government can do under the arrangements they have with provincial governments to provide a greater incentive for the provincial governments and their respective jurisdictions to move obviously in the direction of your particular pet project in British Columbia to achieve that kind of result.

• 1030

Dr. Glynn: Mr. Chairman, we can do what we are currently doing—funding projects. I use some examples from the Seniors Independence Program to demonstrate that these things are worth doing. All of the projects in the Seniors Independence Program are the result of consultations with the provinces when groups come forward with their ideas, so the provinces are well aware of what is being funded.

In addition, we can fund the evaluation of the delivery of health services, which we are also doing, again through demonstrating that these are worthwhile endeavours.

[Traduction]

passablement de la situation démographique que j'imaginai, et j'aimerais bien lire les statistiques qui appuient cette information. Monsieur Glynn, vous avez mentionné particulièrement votre projet préféré en Colombie-Britannique. Il me semble que c'est un projet très utile et très valable. Y a-t-il d'autres projets semblables ailleurs au Canada? Les gouvernements provinciaux manifestent-ils une tendance en ce sens—c'est-à-dire à remplacer les soins en établissements par des soins à domicile et des soins communautaires? Croyez-vous que cette tendance se manifeste suffisamment?

M. Glynn: Brièvement, la réponse est oui. Certaines provinces,—le Manitoba et la Saskatchewan, ont adopté cette orientation il y a longtemps déjà. D'autres provinces l'ont prises plus récemment. Il me semble que la Nouvelle-Écosse a annoncé l'année dernière la mise sur pied d'un programme de soins à domicile englobant tout son territoire. Les soins à domicile existaient déjà dans cette province.

On vise dans toutes les provinces à dispenser les services à l'échelle communautaire. Depuis quatre ou cinq ans, on a de plus en plus tendance à rapprocher les services de la clientèle et à s'éloigner des grands établissements. A mon avis, cette orientation se dessine dans toutes les provinces.

M. Dingwall: A mon avis—et qu'on me corrige si j'ai tort—les administrations provinciales ont effectivement manifesté leurs intentions en ce sens, mais—et je ne veux pas m'en prendre aux provinces—le changement, s'il en est, s'est produit extrêmement lentement. J'ai trouvé intéressant de vous entendre dire, si j'ai bien compris, que l'incidence de l'incapacité chez les personnes âgées ne signifie pas nécessairement qu'on aura besoin de plus de soins en établissement. Je me demande ce que le gouvernement peut faire dans le cadre des ententes avec les provinces pour encourager ces dernières à suivre l'exemple donné par votre projet préféré en Colombie-Britannique pour atteindre ce genre de résultats.

M. Glynn: Monsieur le président, nous pouvons faire ce que nous faisons à l'heure actuelle—financer des projets. Permettez-moi de vous donner quelques exemples tirés du Programme d'autonomie des aînés pour montrer qu'il s'agit de projets utiles. Tous les projets qui font partie du Programme d'autonomie des aînés sont le résultat de consultations avec les provinces. Donc les provinces sont informées des propositions présentées par les différents groupes et savent très bien quels projets sont financés.

De plus, nous finançons l'évaluation de la prestation des services de santé, ce qui démontre encore une fois que ces projets sont valables.

[Text]

The other thing, as I mentioned, is that we have a large number of guidelines that have been developed with provincial officials and with the health professionals. They help in moving things in that particular direction. One interesting and very recent set of guidelines has to do with housing, from the highly institutionalized to the more independent living. This is out there to be used and adapted by the provinces to encourage this kind of movement.

The premiers asked the provincial ministers to organize three seminars. The last one was on quality assurance and effectiveness. The previous one in June in Quebec City was on technology assessment, which ties into this. The one in March was on health promotion, which also ties into your terms of reference. At the moment, we can make available the outcome of the health promotion one, and the other ones will also be available.

Mr. Dingwall: I think the sentiments provincial governments express and obviously the sentiments you express with regard to a change in direction are welcomed. I am wondering if you do not believe there is a leadership role to be played by the Government of Canada.

The feds always get blamed by the provinces when things do not go well: we do not have enough money in medicare, we do not have enough money for this, and we do not have enough money for that. I find the feds sit and take it all the time on the chin.

I am wondering why we cannot provide some leadership under the financial arrangements we have with the provinces by stating very clearly the announced objectives, with targets in terms of moving away from institutional care to community care and to home care. Quite frankly, Doctor, in the provinces, although you make that statement, they are not jumping over fences and chairs to move toward community-type care or home care. Some of them have been paying just mere lip service. One prime example is in my own province.

I am wondering whether you think there is a need at the national level. We do spend large sums of money by the Government of Canada. I do not think it is fair, regardless of what political party you belong to, that the feds always have to take it on the chin. Why can we not have some clearly defined objectives with regard to home care and community-based care tied into our arrangements with the provincial governments?

Dr. Glynn: Mr. Chairman, I think the key issue here is the Constitution of Canada. The delivery and the organization of health services is a provincial responsibility. The federal government provides substantial sums of money to assist the provinces in doing that but in 1977 decided to free up, in a sense, the

[Translation]

Comme je l'ai déjà mentionné, beaucoup de lignes directrices ont été élaborées en collaboration avec les fonctionnaires provinciaux et avec les professionnels dans le domaine de la santé. Le but de ces lignes directrices est de faire avancer les choses dans un sens donné. Une série intéressante et très récente de lignes directrices concerne le logement, et examine toute la gamme de possibilités, des institutions à un mode de vie plus indépendante. Nous voulons que les gens se servent de ces lignes directrices et que les provinces les adaptent à leurs besoins. Nous tenons à encourager ce genre d'initiatives.

Les premiers ministres ont demandé aux ministres provinciaux d'organiser trois colloques. Le dernier portait sur l'assurance de la qualité et l'efficacité. Le colloque précédent a été tenu à Québec en juin et portait sur l'évaluation de la technologie, qui est une question reliée à votre mandat. C'est également le cas du colloque tenu en mars au sujet de la promotion de la santé. À l'heure actuelle, nous pouvons vous fournir les conclusions du colloque sur la promotion de la santé, et celles des autres seront également disponibles.

M. Dingwall: Nous sommes heureux de constater ce que les gouvernements provinciaux ont dit et ce que vous avez dit au sujet d'un changement d'orientation. Je me demande si vous estimez que le gouvernement du Canada devrait jouer un rôle de chef de file.

Les provinces blâment toujours le gouvernement fédéral lorsque les choses ne fonctionnent pas bien: Elles disent qu'elles n'ont pas suffisamment d'argent pour l'assurance—santé, pour ceci et pour cela. Je trouve que le gouvernement fédéral se défend peu.

Je me demande pourquoi le gouvernement fédéral ne peut pas faire preuve de leadership en précisant très clairement les objectifs du financement qu'on accorde aux provinces. Il faudrait préciser qu'on vise à remplacer dans la mesure du possible les soins dispensés dans les établissements par les soins communautaires et les soins au domicile. Je vous dis en toute franchise, docteur, que malgré votre déclaration, les provinces ne font pas beaucoup d'efforts pour insister davantage sur les soins communautaires ou les soins au domicile. Certaines d'entre elles ne sont d'accord que pour la forme. Ma propre province en est un bon exemple.

Je me demande si vous estimez qu'un besoin existe au niveau national. Le gouvernement du Canada dépense des sommes importantes. Je vous dis sans partisanerie que le gouvernement fédéral est toujours obligé d'encaisser les critiques des provinces. Pourquoi nos arrangements financiers avec les gouvernements provinciaux ne peuvent-ils pas être assortis d'objectifs clairs concernant les soins au domicile et les soins communautaires?

M. Glynn: Monsieur le président, je pense que la clé de la question est la constitution du Canada. La prestation et l'organisation des soins de santé relèvent des provinces. Le gouvernement fédéral donne des sommes importantes aux provinces pour les aider à atteindre cet objectif, mais en 1977, il a décidé de donner plus de latitude aux provinces

[Texte]

physical arrangements so the provinces were more able to organize and deliver the services in the way that was felt best in their particular jurisdiction. Also the provision of financing of extended health care services on a per capita basis again kept that policy. It would be very difficult to undertake the kinds of activities Mr. Dingwall is suggesting.

• 1035

The Chairman: Thank you, Dr. Glynn, Mr. Dingwall. We will move to Ms Greene and take questions, and I have a list. I would remind members that the Prime Minister will be speaking at 11 a.m. in the House, and some of you I am sure would like to be there. So if we could move to Ms Greene, we have Mrs. Clancy, Dr. Halliday, and we will go until shortly before 11 a.m., if that is acceptable.

Ms Greene (Don Valley North): First of all, on the federal money that is being spent on health care in the provinces since 1977, are we getting the same level of matching funds from the provinces as we did prior to 1977?

Dr. Glynn: Yes. What we were cost-sharing prior to 1977 were hospitals and physician services. It was about 50% at that point in time and it is still about 50% at the current time. In addition, the provinces are also funding the non-institutional sector and home care. We have no concerns in terms of the provinces not putting up their fair share. They are.

Ms Greene: Good. I am just wondering, how do the provincial rates of institutionalization compare when considering acute care, chronic care and home care?

Dr. Glynn: I do not know the detailed answer to your question, but I know that Canada has an institutionalization rate of something like 10% for the over 65s, which is the highest in the western world. There will be some variations from province to province, but I suspect these are not high. We will get those numbers for you and give them to the clerk.

Ms Greene: I would like to know if some provinces are doing a better job than others.

My other question was with respect to Madam Fortier's comments, as well as your description of B.C. Did they not sort of nationalize all the independent non-profit agencies such as the Children's Aid Societies in British Columbia and move to these community health and social service boards, having nationalized all these agencies that are certainly very active in Metropolitan Toronto? I am wondering whether a similar kind of thing was being done in Quebec, and secondly whether there was a significant impact on the volunteer sector as a result.

[Traduction]

pour leur permettre d'organiser et d'offrir les services selon leurs propres besoins. Le financement par tête d'habitant du régime de service complémentaire de santé respecte également cette décision. Il serait très difficile de faire ce que M. Dingwall propose.

Le président: Je vous remercie, monsieur Glynn, monsieur Dingwall. Nous allons passer à M^{me} Greene et aux questions. J'ai une liste. Je rappelle aux membres du Comité que le Premier ministre va prendre la parole à la Chambre à 11 heures. Certains d'entre vous voudront y être, j'en suis convaincu. Donc, si nous pouvions passer à M^{me} Greene. Il y a M^{me} Clancy, Dr. Halliday et nous allons poursuivre jusqu'à un peu avant 11 heures, si vous êtes d'accord.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Tout d'abord, pour ce qui est des fonds du Fédéral consacrés aux soins de santé dans les provinces depuis 1977, les niveaux des fonds de contrepartie des provinces sont-ils comparables à ceux de la période antérieure?

M. Glynn: Oui. Avant 1977, le partage des frais visait les hôpitaux et les services des médecins. La proportion était d'environ 50 p. 100 à l'époque et elle est encore de 50 p. 100 à l'heure actuelle. De plus, les provinces financent également le secteur non institutionnel et les soins à domicile. Nous ne craignons pas que la participation des provinces soit insuffisante. Elle l'est.

Mme Greene: Excellent. Je me demandais comment varient d'une province à l'autre les taux d'institutionnalisation dans les domaines des soins aigus, des soins chroniques et des soins à domicile.

M. Glynn: Je ne saurais vous donner une réponse détaillée, mais je sais que le taux d'institutionnalisation au Canada est de 10 p. 100 environ pour les personnes âgées de plus de 65 ans, soit le taux le plus élevé du monde occidental. Il y a sans doute des variations d'une province à l'autre, mais je croirais qu'elles ne sont pas très considérables. Nous allons obtenir les données et les fournir au greffier.

Mme Greene: J'aimerais savoir si certaines provinces s'acquittent mieux de leurs responsabilités que d'autres.

Mon autre question avait trait aux commentaires de M^{me} Fortier et à votre description de la situation en Colombie-Britannique. Dans cette province, n'a-t-on pas en quelque sorte nationalisé toutes les agences indépendantes sans but lucratif comme les sociétés d'aide à l'enfance et ne les a-t-on pas groupées sous l'égide d'offices de services de santé et de services sociaux communautaires? N'a-t-on pas de la sorte nationalisé l'équivalent de ces agences qui jouent un rôle très important dans l'agglomération urbaine de Toronto? Je me demandais si la même chose ne s'était pas passée au Québec et, également, si le phénomène avait eu des répercussions importantes sur le secteur du bénévolat.

[Text]

Dr. Glynn: I do know that in British Columbia they deliver their services in ways that are much different from in the rest of the country; indeed, the Government of British Columbia tends to be more involved in some of the delivery of those services. I have no reason to think that the involvement of volunteers has been downgraded. The kind of involvement may have changed, but again we can get you some details on the organization of those services in British Columbia in comparison to the rest of the country.

Ms Greene: What has Quebec done now? The same thing?

Ms Fortier: You are correct about Quebec. All the services previously provided by a number of community-based agencies have become nationalized, if you wish, publicly funded, and part of the overall health and social services system since the early 1970s.

The voluntary sector is still quite active at various levels in the system. There are still quite a number of community agencies involved in all sorts of services, as you would find elsewhere in Canada. So I do not think that the nationalization of the system has a negative impact on the voluntary sector, but it does change it because certain services become publicly funded and therefore volunteers withdraw and pick up other activities.

Ms Greene: Okay. I guess this is unrelated, but do you feel that people are abusing the health care system?

• 1040

Dr. Glynn: I am sure there are individual incidents of abuse, as there are in anything, but I am not convinced there is a significant amount and that we should become overly worried about abuse of the system. I think the route is measuring the effectiveness and the appropriateness of the things we are doing, and if there is any abuse that is the way to get at it. Taking, in a sense, an abuse approach to the cost issue is not, in my opinion, particularly productive.

Mrs. Clancy (Halifax): Dr. Glynn, I just have two questions, the first one related to your comments earlier on regarding seniors and drugs and medication. Given that for some time, both in the general press in North America and in my own experience as a practising lawyer, there has been a problem with certain doctors overmedicating women generally, and given that the majority of seniors are female—and again I have seen in my practice that a number of elderly women appear to be overly medicated from time to time—do you have specific

[Translation]

M. Glynn: Je sais pertinemment que, en Colombie-Britannique, la prestation des services est organisée tout autrement que dans le reste du pays. En effet, le gouvernement de la province a tendance à participer davantage à certains aspects de la prestation des services. Je n'ai cependant aucune raison de croire que cela ait pu avoir des répercussions néfastes sur le bénévolat. Il se peut que la participation des bénévoles ait évolué. De toute manière, nous sommes en mesure de vous fournir certains détails sur l'organisation des services en Colombie-Britannique, comparativement à ce qui se passe ailleurs au Canada.

Mme Greene: Et dans le cas du Québec, a-t-on fait la même chose?

Mme Fortier: Vous avez raison au sujet du Québec. Tous les services qui étaient fournis antérieurement par diverses agences communautaires ont été nationalisés, pour employer votre expression. Ils sont financés par l'État et intégrés à l'ensemble du réseau des services sociaux et des services de santé depuis le début des années 70.

Le secteur bénévole continue d'avoir une importance considérable à divers niveaux du système. Un grand nombre d'organismes communautaires continuent d'oeuvrer dans divers secteurs, comme partout ailleurs au Canada. Donc, je n'ai pas l'impression que la nationalisation du système ait eu d'incidence néfaste sur le secteur du bénévolat. Evidemment, il y a évolution, étant donné que certains services sont désormais financés par l'État et que les bénévoles s'en retirent pour se lancer dans d'autres activités.

Mme Greene: Bon, d'accord. Dans un autre ordre d'idée, estimez-vous que la population abuse du régime de soins de santé?

M. Glynn: Je suis convaincu qu'il y a, au niveau individuel, des cas d'abus comme partout, mais je ne suis pas convaincu que le phénomène soit important et que nous devrions nous en préoccuper outre mesure. La façon d'aborder la question, selon moi, c'est de mesurer l'efficacité et la pertinence de nos activités. Il n'est pas très productif d'aborder toute la question des coûts dans l'optique d'une lutte aux abus.

Mme Clancy (Halifax): Monsieur Glynn, j'ai deux questions. La première a trait aux commentaires que vous faisiez plus tôt au sujet des personnes âgées et des médicaments. D'après la presse nord-américaine en général et aussi d'après ma propre expérience d'avocat, j'ai pu constater depuis un certain temps qu'il existe un problème de prescription excessive de médicaments aux femmes. Or, étant donné que la plupart des personnes âgées sont des femmes—et j'ajouterai que j'ai constaté dans ma pratique que bon nombre de femmes âgées

[Texte]

programs relating to this in the sense of attempting to prevent this or to alleviate this particular situation?

Dr. Glynn: Not a particular program per se, but through the Seniors Independence Program we have already funded a local project in British Columbia, in Vancouver I believe, on this particular issue. Our view is that the best way to get at it is through the education of seniors, pharmacists, nurses, physicians, etc., and bringing them all together.

Also, we have been supportive of a national coalition on medication use and the elderly which has been meeting over the last couple of years to look at how to bring together all of the partners in dealing with this particular issue. That coalition includes the medical association, pharmaceutical association, and public health, etc. I think the publicity has been very useful. People are more and more aware, and we are seeing more and more requests for projects to deal with this particular issue.

Also, you will find that the colleges of physicians and surgeons in each province are becoming more aggressive in terms of dealing with the few medical practitioners who are contributing to this issue, and in some provinces they are very aggressive. Also, I believe Alberta started a program for triplicate prescriptions and that has now spread to Saskatchewan, and I suspect will spread to other places, so that there is a tracking of multiple prescriptions, etc.

Mrs. Clancy: Are any statistics available? I suppose it was difficult to find statistics in the first place, but do you have any numbers on whether there is an improvement, or did you have the numbers to begin with?

Dr. Glynn: No. What we will share with you though is the B.C. workshop, and I think we can probably find some other things around this particular issue. It is very hard to get statistics on this particular issue, on the one in six admissions because of adverse reactions. Again it depends on how the physician labelled the person coming in, and whether that connection was made.

Mrs. Clancy: My second question relates to your comment about the fact that we are training sufficient nurses in this country but there are not sufficient nurses for the jobs available. Certainly in my own region in the Atlantic area, where we have a number of hospital nursing schools, plus in my city of Halifax there is our degree program in nursing science, it is quite clear that graduates of these programs are being recruited right out of the programs to the United States in particular. Certainly in the Atlantic region it seems to me the major

[Traduction]

semblent consommer trop de médicaments de temps à autre—existe-t-il chez vous des programmes de prévention ou de redressement qui visent précisément cette situation?

M. Glynn: Il n'y a pas de programme comme tel, mais je crois savoir que nous avons financé un projet local en Colombie-Britannique, à Vancouver je crois, qui est lié à cette question par le truchement du Programme d'aide à l'autonomie des aînés. Selon nous, la meilleure façon d'intervenir à cet égard, c'est de bien renseigner les personnes âgées, les pharmaciens, les infirmiers, les médecins, etc et de favoriser les échanges entre ces intervenants.

Également, nous appuyons une coalition nationale d'organismes intéressés au phénomène de la consommation de médicaments chez les personnes âgées qui organise des rencontres depuis deux ans pour réunir tous les intervenants intéressés à trouver des solutions à la question. La coalition regroupe des associations médicales, des associations pharmaceutiques, des organismes du domaine de la santé publique, etc. La publicité a été très constructive. Les gens sont de plus en plus conscientisés et nous constatons une augmentation des requêtes visant des projets d'intervention axés sur cette question.

Vous constaterez également que les collègues de médecins et de chirurgiens des diverses provinces interviennent de plus en plus auprès des rares médecins dont les pratiques à cet égard sont répréhensibles. Dans certaines provinces, ces organismes interviennent très fermement. Également, il me semble que, en Alberta, on a lancé un programme d'ordonnance en triplicata qui a maintenant été adopté en Saskatchewan et qui le sera également ailleurs, j'imagine. Le programme permet le dépistage des ordonnances multiples, etc.

Mme Clancy: Dispose-t-on de données statistiques? J'imagine bien qu'il a dû être difficile d'en obtenir, mais avez-vous pu chiffrer l'évolution de la situation? Y a-t-il amélioration?

M. Glynn: Non. Nous pouvons cependant vous communiquer les résultats de l'atelier de la Colombie-Britannique et nous pourrions sans doute également trouver d'autres renseignements utiles sur cette question. Il est fort difficile de réunir des données statistiques sur la question, sur ce cas d'admission sur six qui est lié à une mauvaise réaction aux médicaments. Tout dépend de la description du cas donné par le médecin à l'admission et du rapport établi avec la consommation de médicaments.

Mme Clancy: Ma deuxième question a trait à votre commentaire selon lequel nous formons un nombre suffisant d'infirmières au Canada, tandis que le nombre d'infirmières ne suffit pas à combler les postes disponibles. Pour ma région, celle de l'Atlantique, où il existe un certain nombre d'écoles d'infirmières en milieu hospitalier, sans compter le programme de diplômés en sciences infirmières qui est offert dans ma ville, Halifax, il est bien évident que les diplômés sont recrutés directement pour des postes à l'étranger, notamment aux

[Text]

problem is salary, and I am wondering if you would care to comment on it.

• 1045

One thing I am aware of is that nurses employed in the Public Service, for example, on the east coast make less than nurses employed by the federal Public Service on the west coast, and that is a dichotomy that runs through the Public Service generally. But I wonder if you would have any comment on the generally low salaries for nurses in this country in relation to a female job ghetto.

Dr. Glynn: I think you will find that in every province that issue is coming to the fore more and more and is being dealt with in each province in a different way. The provinces and the nursing profession are still working out what the real reasons are why nurses who are trained leave the country, leave the profession or whatever, and I think the conclusion everybody has come to is that the reasons are very complex. It is not simply one piece of that puzzle; it is all the pieces of the puzzle.

For instance, in Ontario the minister mandated that nurses must become members of the management committees of the hospitals. The recognition issue is there. So each hospital association, each hospital and each province are trying to come to grips with the issue. But it is not to do one thing; I think it is to do a number of things, and then nurses will stay and, indeed, possibly come back into the nursing profession.

Mrs. Clancy: I am aware of those things at the provincial level. What I was really asking was is there anything from your department that relates to the same problems that exist in the federal Public Service and the nurses who are employed there?

Dr. Glynn: Not that I am aware of. Our Medical Services Branch hires most of the nurses in the Public Service, and they may well be able to provide you with some answers to that question.

Mr. Halliday (Oxford): I want to welcome Dr. Glynn back to the committee again. I dare say, Mr. Chairman, after hearing today's presentation and questions, that we will have to have him and his colleagues back more than once more.

To begin with, I have a comment about Mr. Dingwall's question, and Dr. Glynn's response to it, on the ability of the federal government to get more effective action from the provinces. Maybe Dr. Glynn—and maybe the minister, too, when he answers these questions in the House—overlooks the fact that when it came to accessibility vis-à-vis user fees and extra-billing, the federal

[Translation]

États-Unis. Le principal problème dans la région de l'Atlantique me semble être celui du salaire. Auriez-vous un commentaire à ce sujet?

Je sais pertinemment tout au moins que, pour ce qui est des infirmières à l'emploi de la Fonction publique, celles de la Côte est sont moins bien rémunérées que celles de la Côte ouest. On constate d'ailleurs ce clivage d'une façon générale dans la Fonction publique. Cependant, auriez-vous un commentaire à faire sur le phénomène des salaires relativement bas qui sont versés aux infirmières, ici au Canada? Le phénomène serait-il lié à la nette prépondérance des femmes?

M. Glynn: Vous constaterez je crois que la question prend une importance grandissante dans toutes les provinces. Chaque province l'aborde à sa façon. Les provinces et les associations professionnelles des infirmières continuent à se pencher sur l'exode des infirmières et la raison pour laquelle elles quittent la profession. On en est généralement arrivé je crois à la conclusion que les raisons sont complexes. Il n'y a pas une seule explication mais plutôt un ensemble d'éléments explicatifs.

En Ontario par exemple le ministre a décrété que les infirmières doivent faire partie des comités de gestion des hôpitaux. Il y a donc évolution sur le plan de la reconnaissance professionnelle. Chaque association d'hôpitaux, chaque hôpital et chaque province s'efforcent de s'attaquer à ce problème. Mais la question est complexe; divers aspects sont à résoudre. Lorsque ce sera chose faite, les infirmières resteront et peut-être même que certaines d'entre elles reviendront à la profession.

Mme Clancy: Je suis consciente de ce qui se passe à l'échelle provinciale. Je cherchais à savoir si votre ministère prend certaines initiatives pour régler des problèmes analogues qui existent dans la Fonction publique fédérale et qui touchent les infirmières qui en font partie.

M. Glynn: À ma connaissance, non. C'est notre direction des services médicaux qui embauche la plupart des infirmières de la Fonction publique et qui serait vraisemblablement en mesure de répondre à cette question.

M. Halliday (Oxford): J'aimerais souhaiter à nouveau la bienvenue au Comité à M. Glynn. J'oserai même dire, monsieur le président, après avoir entendu l'exposé d'aujourd'hui et les réponses données aux questions que nous aurions intérêt à l'inviter, lui et ses collègues, à comparaître à nouveau à plusieurs occasions.

J'ai tout d'abord un commentaire à formuler au sujet de la question de M. Dingwall et de la réponse de M. Glynn à cette question, qui portaient sur la capacité du gouvernement fédéral de susciter une plus grande efficacité de la part des provinces. Il se peut que M. Glynn—et même le ministre, lorsqu'il répond à ce genre de question à la Chambre—ne tiennent pas compte du fait

[Texte]

government was very quick to institute the Canada Health Act, which showed the power we have in getting the provinces to do what we want them to do. I think Mr. Dingwall is on the right track, in that there are other areas in the health care system where we could, if we wanted to, certainly use our spending powers to get the provinces onside. I am wondering if Dr. Glynn would like to comment on that.

Dr. Glynn: No.

Mr. Halliday: Okay, I will go on to the next one. We will be pursuing this further, obviously.

The next question relates to Dr. Glynn's presentation. I know he had a big topic to cover, and he really covered all the essential areas, such as aging and community involvement and so on, which is good. But the other major part of our overall topic is the funding mechanisms. Other than indirectly, did you actually touch on specifics of funding? I think as a committee we also have to get into that in more detail as well. Now, maybe Dr. Glynn would like to comment on that one.

Dr. Glynn: The first point is that there is little in the federal funding mechanism to the provinces that prevents them from doing "the right thing". I think we cannot underestimate that, unlike prior to 1977, where the federal government really did steer the system—we cost-shared only physician services and hospitals and diagnostic services—because of the freeing up in 1977 and the addition of the money for extended health care services, we really took away all of the impediments to the provinces's provision for new organizational structures, delivering things in new ways, having priority in community services versus institutional services, if they chose to do that, etc. I do not think we can underestimate the importance of that move in 1977.

• 1050

Now, it takes time to change a large institutional system, but what has impressed me in the last couple of years is the rapidity with which the system is changing. In the last two years people have been talking about effectiveness and appropriateness in a serious way. There are research groups across this country and there are discussions and conferences and research papers and indeed action being taken.

I hate to belabour Victoria, but one other thing they can provide you with is information on what they call their VICARE Program, which is a prospective and

[Traduction]

que, lorsqu'il a été important d'établir le principe de l'accessibilité, par opposition au ticket modérateur et à la surfacturation, le gouvernement fédéral a su très rapidement faire adopter la Loi canadienne sur la santé, illustrant ainsi les pouvoirs dont dispose le gouvernement fédéral pour convaincre les provinces de collaborer à la réalisation de ses objectifs. J'estime que M. Dingwall est sur la bonne voie. En effet, dans le domaine des soins de santé, il y a d'autres secteurs où nous pourrions certainement, si nous le souhaitions, utiliser notre pouvoir de dépenser comme argument persuasif auprès des provinces. M. Glynn aurait peut-être un commentaire à faire à ce sujet.

M. Glynn: Non.

M. Halliday: D'accord, je vais passer à ma prochaine question. Nous allons évidemment revenir là-dessus.

Ma prochaine question a trait à l'exposé de M. Glynn. Je suis conscient de l'ampleur du sujet qu'il avait à aborder. De fait, il a touché à tous les aspects essentiels comme le vieillissement, l'intégration à la collectivité et ainsi de suite. Fort bien. Cependant, l'autre grand volet de la question qui nous intéresse, c'est le financement; or, je me demande si M. Glynn a effectivement abordé d'une façon directe la question des mécanismes de financement. Le Comité aura certainement à étudier cette question de façon plus détaillée, à mon avis. M. Glynn aurait peut-être un commentaire à formuler à ce sujet.

M. Glynn: Il faut dire tout d'abord que le mécanisme de financement des provinces par le fédéral n'empêche à peu près aucune initiative constructive de leur part. Il ne faudrait pas sous-estimer cet aspect. Avant 1977, le gouvernement fédéral exerçait véritablement un rôle de direction: le partage des frais ne visait que les services des médecins, les hôpitaux et les services de diagnostics. Or, depuis le dégel de 1977 et l'octroi de crédits supplémentaires pour les soins prolongés, nous avons véritablement supprimé tous les obstacles qui pouvaient empêcher les provinces de se doter de nouvelles structures organisationnelles, d'innover dans la prestation des services, de donner la priorité aux services communautaires par rapport aux services institutionnels, dans la mesure où elles le souhaitaient. Je ne crois pas que nous puissions sous-estimer l'importance de ce qui s'est passé en 1977.

Cependant, les grands systèmes institutionnels évoluent lentement. Or, j'ai été fort impressionné ces dernières années par la rapidité de l'évolution. Depuis deux ans, on s'intéresse sérieusement à l'efficacité et à la pertinence des services. La question intéresse des groupes de recherche partout au Canada. Elle donne lieu à des discussions, à des conférences à des études et à diverses initiatives.

Vous m'excuserez de revenir sur le cas de Victoria, mais les responsables peuvent notamment vous fournir des renseignements sur leurs programmes VICARE, qui

[Text]

retrospective review of admissions to the hospital carried out by the nursing staff, in conjunction with the medical staff. They have also used that to reduce inappropriate admission to hospital, and inappropriate admission to hospital costs us money. It is not so much that the money can be saved but that it is needed in other places, and again the example of moving it from the institutional to the community sector.

The provinces are looking at different priorities. Reviews have been carried out in Nova Scotia, Alberta, and Saskatchewan. They will be coming down very shortly. I think you will see a definite emphasis on how we need to find different ways of funding our institutions. I think the key is the funding from the province to the institutions, as opposed to the funding from the federal government to the provinces.

Mr. Halliday: There is no question that when 11 different studies have been taken or are under way, there are significant problems from the point of view of the provinces, anybody in the health care system. I am wondering if we are not lacking in some kind of organized way to do the research that Dr. Glynn has referred to on many occasions in his presentation, the lack of information, the lack of figures in certain areas.

Now, there is across our country provision for advisory committees. We have it for economics, the Economic Council of Canada. We have it in the science and technology field with the advisory committee to the Prime Minister. We have it for disabled peoples. There are any number of sectors where there are advisory committees that do research and recommend to government. Has the time not come for an advisory committee on health care?

I am reminded of the fact that the Canadian Hospital Association is trying to promote something to do with an advisory council on health. There is in London a Centre for Studies in Family Medicine. There is also another group apparently starting up in London, looking at an institute on health care. It seems to me that because health is so important in our country we need more information. Has the time not come to establish some kind of national body which would advise not just the federal government but all governments on health care planning for the future?

Dr. Glynn: We helped fund and create the Institute for Health Care Facilities of the Future. I have quoted one of their papers, and they are in the process of doing more. Unfortunately, that institution is running into some organizational and financial problems and we hope they can get through them.

[Translation]

consiste en une évaluation prospective et rétrospective des admissions effectuées par le personnel préposé aux soins infirmiers en collaboration avec les médecins. L'hôpital a pu utiliser les résultats pour réduire le nombre d'admissions indues et, par conséquent, les frais. On ne vise pas tant à économiser de l'argent qu'à en libérer pour pouvoir l'affecter ailleurs, pour réduire par exemple les coûts du secteur institutionnel en faveur du secteur communautaire.

Les provinces s'intéressent à divers grands dossiers. Les résultats d'évaluations effectuées en Nouvelle-Écosse, en Alberta et en Saskatchewan seront disponibles très bientôt. On y aura mis l'accent, je crois, sur la nécessité de trouver divers modes de financement de nos institutions. La solution réside selon moi dans le financement qu'accordent les provinces aux institutions, par opposition à celui qu'accorde le gouvernement fédéral aux provinces.

M. Halliday: Si 11 études distinctes ont été entreprises, c'est qu'il y a évidemment des problèmes très importants dans le domaine des soins de santé. Je me demande cependant s'il n'y a pas un certain manque d'organisation des activités de recherche dont M. Glynn nous a parlé à diverses reprises. Il a souligné le manque d'information et de données chiffrées dans certains secteurs.

Or, dans divers domaines d'activités ici au Canada nous jugeons opportun de constituer des conseils consultatifs. Je pense par exemple, pour le secteur économique, au Conseil économique du Canada. Dans le domaine des sciences et de la technologie, il existe un comité consultatif auprès du premier ministre. C'est vrai également dans le secteur de la personne handicapée. Dans une foule de secteurs donc, il existe des comités consultatifs qui effectuent des recherches et font des recommandations au gouvernement. Le temps n'est-il pas venu de songer à un conseil consultatif en matière de soins de santé?

On m'a signalé que l'Association canadienne des hôpitaux favorise la création d'un conseil consultatif en matière de santé. A London, il existe un centre d'étude en médecine familiale. A London toujours, un autre groupe serait en train de lancer un institut d'étude sur les soins de santé. Compte tenu de l'importance que prend le domaine de la santé au Canada, il me semble qu'il nous faut plus d'informations. Le moment n'est-il pas venu de créer un organisme national qui serait en mesure de conseiller non seulement le gouvernement fédéral mais aussi l'ensemble des gouvernements en matière de planification des soins de santé?

M. Glynn: Nous avons collaboré au financement et à la mise sur pied du *Institute for Health Care Facilities of the Future*. J'ai cité l'une des études de cet organisme qui est d'ailleurs en voie d'en effectuer d'autres. Malheureusement, l'institution affronte à l'heure actuelle des problèmes d'organisation et de financement. Espérons qu'il arrivera à les surmonter.

[Texte]

The intent was to create a national body, which was really a partnership between a number of the institutional and professional organizations and the Government of Canada. We hope, as I say, that they can get through their organizational problems.

You are seeing a prioritization of research moneys towards this area, both in the provinces and in our own program, the National Health Research and Development Program. I know the CHA, along with some others, have proposed such a body. Where that stands in their minds at this moment I am not sure.

• 1055

The Chairman: In view of the Prime Minister's address at 11 a.m., I think we are all ready to leave. I know there are a lot of questions that members would like to pose. Dr. Halliday did mention, and I think all of us are probably of the same view, that perhaps as we get into the hearings, if you could make yourself available to the committee, I am sure there will be areas that will come up where we would wish to have your testimony and hear from you from time to time.

On behalf of the committee, I thank both of you, Dr. Glynn and Madam Fortier, for your appearance before us this morning. Certainly there is a lot of food for thought as we get into the discussions, and our sincere thanks to both of you for appearing.

Just as a reminder to committee members, next Tuesday morning at 9.30 in Room 112-N there will be a meeting of the committee to discuss our business. I hope all members will be here. The following week, on December 12, the Hon. Perrin Beatty will appear before the committee. Notices are sent, and those of you who are serving on the subcommittees I am sure are aware of the meetings that have been held and will be held in the future. I do thank you, but ask you to keep in mind those dates. Thank you very much.

The meeting is adjourned.

[Traduction]

L'initiative dont je parle visait à créer un organisme national qui permettrait la collaboration de diverses organisations institutionnelles et professionnelles et du gouvernement du Canada. Nous espérons donc que l'institut saura surmonter ses problèmes d'organisation.

On constate l'importance grandissante de ce secteur d'intérêt dans les affectations de fonds de recherche, aussi bien dans les provinces que dans notre programme, le Programme national de recherche et de développement en matière de santé. L'Association canadienne des hôpitaux et diverses autres associations ont déjà proposé la création d'un organisme comme celui dont vous parlez. Je ne saurais dire où en est le dossier à l'heure actuelle.

Le président: Le premier ministre va prendre la parole à 11h00 et nous sommes tous prêts à partir, je crois. Je sais que les membres du Comité auraient encore beaucoup de questions à poser. Comme M. Halliday l'a mentionné—et je crois que nous partageons tous son avis—, à mesure que se poursuivront les audiences, nous aurons sans doute besoin de votre témoignage de temps à autre.

Au nom du Comité, je tiens à vous remercier, M. Glynn et M^{me} Fortier, de votre comparution de ce matin. Vous nous avez apporté de nombreux éléments qui alimenteront nos réflexions durant les discussions. Je vous remercie donc sincèrement tous les deux.

Je tiens à rappeler aux membres du Comité qu'il y aura mardi prochain à 9h30, dans la salle 112-N une réunion où il sera question des travaux du Comité. J'espère que tous les députés y participeront. La semaine suivante, le 12 décembre, l'honorable Perrin Beatty comparaitra devant le Comité. Les avis ont été envoyés et ceux parmi vous qui font partie des sous-comités sont certainement au courant des réunions qui ont eu lieu et de celles qui auront lieu à l'avenir. Je vous remercie donc, tout en vous priant de garder à l'esprit les dates que j'ai citées. Merci beaucoup.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Department of National Health and Welfare:

Dr. Peter Glynn, Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch and Acting Assistant Deputy Minister, Social Services Program Branch;

Marie Fortier, Director General, Health Services Directorate.

TÉMOINS

Du ministère de la Santé nationale et du bien-être social:

D^r Peter Glynn, sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé, et sous-ministre adjoint intérimaire, Direction générale des programmes de service social;

Marie Fortier, directrice générale, Direction des services de la santé.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 11

Tuesday, December 5, 1989
Tuesday, December 12, 1989

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 11

Le mardi 5 décembre 1989
Le mardi 12 décembre 1989

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of
the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude
du régime de soins de santé au Canada et de son
financement

APPEARING:

The Honourable Perrin Beatty
Minister of National Health
and Welfare

COMPARAÎT:

L'honorable Perrin Beatty
Ministre de la Santé nationale
et du Bien-être social

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, DECEMBER 5, 1989
(16)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:36 o'clock a.m. this day, in Room 112-N, Centre Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White.

Acting Member present: Joe Fontana for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

The Committee met to discuss its future business.

The Chairman presented the Seventh Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure.

It was agreed,—That the Seventh Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure, as amended, be concurred in.

At 10:15 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, DECEMBER 12, 1989
(17)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 3:59 o'clock p.m. this day, in Room 269, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White, Stan Wilbee.

Acting Members present: Joe Fontana for Paul Martin; Rey Pagtakhan for Mary Clancy.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Appearing: The Honourable Perrin Beatty, Minister of National Health and Welfare.

Witness: From the Department of National Health and Welfare: E. Michael Murphy, Secretary, Review of Demography and its Implications for Economic and Social Policy.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

PROCÈS-VERBAUX

LE MARDI 5 DÉCEMBRE 1989
(16)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à huis clos, à 9 h 36, dans la pièce 112-N de l'édifice du Centre, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White.

Membre suppléant présent: Joe Fontana remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Le Comité délibère de ses travaux à venir.

Le président présente le septième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure.

Il est convenu,—Que le septième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure, modifié, soit adopté.

À 10 h 15, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 12 DÉCEMBRE 1989
(17)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 15 h 59, dans la pièce 269 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White, Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Joe Fontana remplace Paul Martin; Rey Pagtakhan remplace Mary Clancy.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Comparait: L'honorable Perrin Beatty, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Témoin: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: E. Michael Murphy, secrétaire, Etude de l'évolution démographique et de son incidence sur la politique économique et sociale.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

The Minister made a statement and, with the other witness, answered questions.

At 5:35 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

Le ministre fait une déclaration puis, avec l'autre témoin, répond aux questions.

À 17 h 35, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Tuesday, December 12, 1989

• 1559

The Chairman: I call the meeting of the Standing Committee on Health and Welfare to order. We have a quorum. Pursuant to Standing Order 108, the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

This afternoon I am pleased to welcome the minister and Dr. Michael Murphy. We look forward to your presentation, the review of demography and its implications for economic and social policy. Thank you for coming before the committee.

• 1600

Hon. Henry Perrin Beatty (Minister of National Health and Welfare): This is a particularly exciting day for me because the information we are presenting to the committee is obviously of direct relevance to the study being undertaken by the committee. However, its relevance is much broader and affects all Members of Parliament as we plan social policy, economic policy, immigration programs and so on.

The data base that will be presented today and the tremendous volume of information that was gathered in preparing it will be an exceptionally useful tool to Members of Parliament. If this committee, caucus committees, or other committees would like to receive more in-depth presentations of the demographic review, perhaps concentrating on specific aspects, we would be pleased to co-operate in any way. I think members of this committee will be very struck by the usefulness, as we do our planning, of the material that is available. We will be pleased to receive any requests for this.

The material that is contained here is among the most exciting of all of the data that has been presented to me in my short tenure of Minister of Health and Welfare. It will be an important planning document for us.

The first item in the terms of reference for your study on the Canadian health care system and its funding deals with our aging population and its impact on our society. This is very appropriate. Canadians have been concerned for some time now that the average age of our population is increasing, and they wonder about our ability to pay for the health needs of an older, frailer society. It was one of the uppermost questions in the minds of my Cabinet colleagues three years ago when they asked Jake Epp, then Minister of National Health and Welfare, to conduct a demographic review. They wanted answers about our

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mardi 12 décembre 1989

Le président: Je déclare ouverte cette séance du Comité permanent de la Santé et du Bien-Être social. Nous avons le quorum. En vertu du paragraphe 108 du règlement, le comité poursuit son étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Cet après-midi, j'ai le plaisir d'accueillir le ministre ainsi que M. Michael Murphy. Nous avons très hâte d'entendre votre exposé sur l'étude démographique et tout ce qu'elle comporte du point de vue de la politique économique et sociale. Je vous remercie de votre comparution devant le comité.

L'honorable Henry Perrin Beatty (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social): C'est un très grand jour pour moi car les renseignements que nous présenterons au comité ont clairement une incidence directe sur l'étude que vous menez actuellement. Cependant, cette étude aura un impact beaucoup plus vaste et touchera tous les députés lorsque nous planifierons la politique sociale, la politique économique, les programmes d'immigration et ainsi de suite.

La base de données qui vous sera présentée aujourd'hui, ainsi que le volume très important de renseignements qui furent recueillis lors de sa préparation s'avèreront des outils extrêmement utiles pour les députés. Advenant que ce comité, des comités de caucus ou d'autres comités désirent assister à des présentations plus approfondies de l'étude démographique, par exemple, s'ils veulent étudier un aspect particulier, nous sommes à leur entière disposition. Je crois que les membres du comité seront frappés par l'utilité de l'information disponible aux fins de la planification. Nous serons heureux d'accueillir toute demande en ce sens.

Les renseignements donc vous prendrez connaissance aujourd'hui sont parmi les plus intéressants que l'on m'ait présentés depuis mon arrivée récente au ministère de la Santé. Ce sera pour nous un document de planification très important.

Le premier paramètre de votre étude sur l'appareil de soins de santé au Canada et de son financement a trait au vieillissement de la population et à ses conséquences sur notre société. Ce choix est on ne peut plus pertinent, car les Canadiens et Canadiennes se demandent de plus en plus, maintenant que l'âge moyen de la population augmente, s'ils seront capables de payer la facture médicale d'une société vieillissante et fragilisée. C'était là aussi une des principales préoccupations de mes collègues du Cabinet il y a trois ans lorsqu'ils ont demandé à Jake Epp, qui était alors ministre de la Santé nationale et du

[Text]

aging population, the changing nature of the Canadian family, the role of immigration, and the impact of all of these changes on the economy. I am pleased to report that the demographic review has completed its study. Canadians will find for the first time in one document a discussion of all of the major population issues that face us today.

I brought the report to this meeting because I want the results to be distributed as widely as possible, and I believe this committee is a very good place to start.

Before I tell you about the results, let me explain the process we went through to make sure the information we gathered was accurate and complete. First of all, we believed it was essential to get input from all sectors of society.

Le personnel du Secrétariat de l'Étude démographique a sillonné le pays pendant trois ans pour connaître le point de vue de milliers de Canadiens, pas seulement des chercheurs, mais des groupes de politique sociale, des communautés culturelles, des groupes d'ainés, des hommes d'affaires, des syndicats, des groupes de femmes, des politiciens, enfin toutes les organisations qui avaient quelque chose à dire.

L'étude devait aussi pouvoir résister à toute contestation scientifique; nous avons donc commandé 167 études en tout, qui allaient être menées par plus de 200 scientifiques parmi les plus respectés de tout le Canada.

Nous tenions aussi à ce que l'information soit accessible à tous, et nous avons offert les études au public aussitôt qu'elles ont été complétées.

L'ouvrage *Esquisse du Canada de demain* est la synthèse de toutes ces consultations et recherches. Le Secrétariat de l'Étude a présenté un premier aperçu de ces observations à plus de 125 groupes partout au Canada, notamment à deux comités du Cabinet, à la haute direction de 21 ministères fédéraux, à tous les gouvernements des provinces et des territoires et à 45 groupes du secteur privé.

En même temps, le Secrétariat a conçu le rapport de manière à ce que le Canadien moyen qui s'intéresse à ces questions le trouve utile et accessible.

• 1605

This is the first time the review was being presented in this form, and with the accompanying documents.

What did the review find out? The results are very interesting. We discovered that many of the perceptions that Canadians have about the make-up of our society and how it works were not accurate. There are too many myths that make effective planning for the future difficult.

[Translation]

Bien-être social, de mener l'étude démographique. Toutes sortes de questions se posaient alors à propos de notre population vieillissante, de l'évolution de la famille canadienne, du rôle de l'immigration, et des répercussions économiques de tous ces bouleversements. J'ai le plaisir de vous annoncer que le Secrétariat de l'Étude démographique a terminé son travail. Les Canadiens et Canadiennes peuvent aujourd'hui consulter un document-synthèse qui réunit des analyses de toutes les grandes questions démographiques de l'heure.

J'ai avec moi des exemplaires du rapport parce que je veux que les résultats soient diffusés le plus largement possible et parce que je crois qu'on ne peut trouver de meilleure rampe de lancement qu'ici.

Avant de vous parler un peu des résultats, permettez-moi de dire quelques mots sur le système que nous avons suivi pour assurer l'exactitude des renseignements que nous avons utilisés. Premièrement, nous avons jugé qu'il était essentiel d'entendre d'abord les préoccupations et les suggestions de tous les secteurs de la société.

The staff of the Demographic Review Secretariate has spent three years crossing the country to meet with thousands of Canadians, not just researchers, but social policy groups, ethnic communities, seniors' groups, business interests, labour unions, women's groups, politicians and any other organizations which had something important or relevant to say.

The study had to withstand the rigours of stiff scientific examination, so we commissioned a total of 167 studies, prepared by more than 200 of the most respected Canadian scholars from all parts of the country.

We wanted the information to be accessible to everyone and we made sure all studies were available to the public on the day they were completed.

Charting Canada's Future is the synthesis of all this consultation and research. The Review Secretariate has presented drafts of these findings to more than 125 groups across Canada, including two Cabinet committees, senior management of 21 federal departments, all provincial and territorial governments, and 45 private sector groups.

At the same time, they prepared this new public report in a form that the average Canadian, who is interested in these issues, should find readable and informative.

C'est la première fois que l'étude est présentée sous cette forme, avec tous les documents à l'appui.

Que nous apprend l'étude? Les résultats sont très intéressants. Nous avons découvert que les Canadiens ont à propos de la société et de ses codes beaucoup de conceptions erronées, qui rendent difficiles la planification pour l'avenir.

[Texte]

Myth number one is that because our fertility rate has been declining Canada as we know it will disappear. First of all, the fertility rates have not declined recently. They have remained stable throughout the 1980s. Our research shows that Canadians are not about to disappear. While the review has shown that Canada's population is not declining, that same research has shown that our population is changing slowly in some very fundamental ways. It is true that Canada's population growth rate is slowing. Like all developed nations, Canada is being transformed into a nation with low fertility and mortality rates. As a result, by the year 2031 we expect the number of Canadians over the age of 65 to double.

This has led to myth number two: that our seniors population will become an unsupportable burden on young Canadians. However, our research has shown that the aging population of Canada of the future closely resembles the population of Sweden today, a prosperous and dynamic country that sees its older generation as a valuable resource. The trend toward an aging population in Canada is one that all industrialized countries are experiencing. It is a trend that does not have to devastate health care budgets. Both Sweden and West Germany have populations that are much older than Canada's, yet their health care costs as a percentage of GNP are the same as or lower than those of Canada. Clearly there are lessons to be learned from other countries as we examine how we meet the rising cost of health care associated with an aging population.

Myth number three is that it is the baby boom that has caused our population to grow older. Contrary to popular belief, the baby boom did not cause the aging of the population. In fact, it delayed it by adding an unforeseen one million young people to the population. There were 4.7 million babies born in the 1955 to 1964 decade, one million more than the previous decade, and one million more than in the following decade. One reason many European countries have an older population today is that their baby booms were much less pronounced than Canada's.

Myth number four has been that if we bring in enough immigrants we can reverse the trend toward an older population. That is not what the review has found. Like the baby boom, bringing in large numbers of immigrants would only delay the process of aging in Canada, and only for the very short term. Immigration will not reverse trends in Canada. On the contrary, we have established that immigrants reinforce the trends in Canadian society, in particular the trend toward a better-educated, culturally diverse, urban, cosmopolitan society.

[Traduction]

La première de ces conceptions erronée, ou mythe, c'est que le déclin du taux de fécondité est en train de faire disparaître le Canada tel que nous le connaissons. Il y a lieu tout d'abord de préciser que les taux de fécondité du Canada n'ont pas diminué depuis quelques années. Ils ont, en fait, été à peu près stables au cours des années 80. Nos recherches indiquent clairement que les Canadiens sont loin d'être une espèce en voie de disparition. Si la population du Canada continuera de croître, du moins pour les prochaines décennies, elle est tout de même en train de subir des changements lents mais fondamentaux. Il est vrai que le taux d'accroissement de la population canadienne ralentit. Cette baisse des taux de fécondité et de mortalité est le propre de tous les pays industrialisés et le Canada n'y échappe pas. La conséquence de cette tendance, c'est que nous prévoyons que le nombre de Canadiens de plus de 65 ans aura doublé en l'an 2031.

Cela nous amène naturellement au deuxième mythe qui veut que notre population croissante d'âinés sera un fardeau insupportable pour la jeune génération. Nos études nous démontrent que la structure par âge du Canada de demain ressemblera beaucoup à celle de la Suède d'aujourd'hui, un pays prospère et dynamique qui valorise ses aînés. Cette tendance au vieillissement est commune à tous les pays industrialisés et n'entraîne pas nécessairement une explosion des coûts du système de soins de santé. Même si la Suède et l'Allemagne de l'Ouest ont des populations bien plus âgées que celle du Canada, leurs dépenses de santé, exprimées en tant que pourcentage du PNB, sont égales ou inférieures à celle du Canada. Lorsque nous chercherons des solutions à l'augmentation des coûts de santé amenée par le vieillissement de la population, nous aurons sans aucun doute des leçons à apprendre des autres pays.

Le troisième mythe, c'est que le vieillissement de la population est attribuable au «baby boom». Au contraire, le «baby boom» a ralenti le vieillissement de la population en injectant à celle-ci un million de jeunes de plus que ce que les prévisions donnaient. Durant la décennie 1955 à 1964, 4,7 millions de bébés sont nés, soit un million de plus que pendant la décennie précédente ou suivante. Une des raisons qui explique que beaucoup de pays européens ont une population plus âgée aujourd'hui, c'est que le «baby boom» y a été moins prononcé qu'au Canada.

Un quatrième mythe veut qu'en ouvrant nos portes à suffisamment d'immigrants, nous réussirons à contrer le vieillissement de la population. L'étude n'arrive pas à cette conclusion. Tout comme l'a fait le «baby boom», une augmentation des niveaux d'immigration ne ferait que ralentir le rythme du vieillissement pour une courte période seulement. L'immigration ne peut renverser les tendances émergentes au Canada. L'étude a montré que les immigrants, au contraire, renforcent les tendances sociales canadiennes, particulièrement l'évolution vers une société plus scolarisée, culturellement diversifiée, urbaine et cosmopolite.

[Text]

Myth number five deals with the changing nature of the Canadian family. As many Canadians realize, the family has changed dramatically. Double-income families, which were in the minority just 25 years ago, are now the dominant family type. Single-parent families headed by women and by men have increased substantially. Now, the myth is that these changes are recent and reversible. The reality is that these changes are rooted in changes in our society, economy, and technology that started with the industrial revolution.

All of these myths have served to muddy the waters when we try to plan for the future. That is why we thought it was essential to make this information available to as many Canadians as possible. Canadians should be given as much input as possible to policy decisions designed to help us meet the challenges of the future. That is why I have sent the demographic secretariat around the country to make the information available to as many groups as possible. That is why my colleague, the Minister of Employment and Immigration, will be using the review to kick off discussion with Canadians across the country on the immigration level. That is why the Royal Bank recently stated that the demographic review provided a vision of the future, enabling them to design their products and services for future generations.

The release of *Charting Canada's Future* is another step in the government's continuing discussion with Canadians on how to respond to the population issues facing them. I have asked the review to continue this work by publishing a series of area papers on several topics, including the changing nature of the family and Canada's role in the world population system. The discussion that interests this committee, the aging population, deserves more attention. I have asked that one of these papers be on options for an aging Canada.

J'estime que cette étude devrait avoir une envergure internationale, car beaucoup de pays vivent les mêmes défis et les mêmes problèmes. Je suis heureux de vous annoncer aujourd'hui que le Canada accueillera la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe l'an prochain, lorsque sera organisée la conférence sur les conséquences démographiques de l'évolution des structures d'âge dans la population mondiale.

Il serait intéressant de comparer la population âgée du Canada à celles d'ailleurs. Beaucoup de pays industrialisés voient dans la Suède une fenêtre sur leur propre avenir.

[Translation]

Un cinquième mythe porte sur la nature changeante de la famille canadienne. Comme beaucoup le savent, la famille n'est plus du tout ce qu'elle était. Les familles à deux salaires, qui étaient l'exception il y a 25 ans, sont maintenant en majorité. Le nombre de familles monoparentales, dirigées par une femme ou un homme, a aussi beaucoup augmenté. On croit à tort que ces changements sont récents et qu'ils sont réversibles. En réalité, ils prennent leurs sources dans des changements sociaux, économiques et technologiques nés avant la révolution industrielle.

Tous ces mythes brouillent les pistes lorsque nous tentons de planifier pour l'avenir. C'est pourquoi nous pensons qu'il est essentiel de communiquer cette information au plus grand nombre de Canadiens possible. La population doit recevoir le maximum d'information lorsqu'il s'agit de décisions qui doivent nous aider à faire face aux réalités de demain. C'est pourquoi j'ai demandé au Secrétariat de l'Étude de faire le tour du pays pour donner l'information à autant de groupes que possible. C'est pourquoi aussi ma collègue, la ministre d'Emploi et Immigration se servira du rapport de l'étude pour entamer avec la population canadienne des discussions sur les nouveaux quotas d'immigration. Enfin, c'est pourquoi la Banque royale du Canada a déclaré récemment que l'étude démographique lui avait donné une vision d'avenir qui lui permettra d'adapter ses produits et ses services aux générations montantes.

La publication d'*Esquisse du Canada de demain* est une autre façon pour le gouvernement de répondre aux questions des Canadiens et Canadiennes à propos des problèmes démographiques qu'ils auront à résoudre. Dans le même ordre d'idées, j'ai demandé au Secrétariat de l'Étude de poursuivre ses travaux en publiant une série de documents d'analyses sur divers thèmes dont notamment les changements dans la famille au Canada et le rôle du Canada dans le système démographique mondial. Le sujet qui intéresse le présent comité, c'est-à-dire le vieillissement de la population, mérite tout particulièrement d'être étudié à fond. J'ai demandé qu'un des documents traite des options pour un Canada vieillissant.

It is a study which I believe should be extended internationally, as many other countries are facing the same opportunities and challenges. I am pleased to announce today that Canada will be hosting the United Nations Economic Commission for Europe next year when it holds its conference on the demographic consequences of changing age structures in world populations.

How Canada's aging population compares to other countries' is an interesting subject. Many developed countries turn to Sweden for a look into their own

[Texte]

En effet, comme je l'ai dit plus tôt, la Suède d'aujourd'hui est remarquablement semblable à ce que le Canada sera en l'an 2031.

En se livrant à un exercice d'extrapolation, il n'est pas utopique de penser que beaucoup de pays du Tiers monde se tourneront vers le Canada comme une source d'inspiration. Au cours du prochain siècle, un certain nombre d'entre eux pourraient avoir atteint un niveau de développement comparable à celui du Canada aujourd'hui. Le gouvernement du Canada et le peuple canadien ont une chance de les aider dans leur recherche.

Voici une conséquence de ce travail: l'Université de Chicago, en collaboration avec les Nations Unies, a demandé au Secrétariat de l'Étude de donner un cours de démographie aux nations francophones du Tiers monde, profitant non seulement de notre recherche, mais aussi des autres qualités propres au Canada.

I will cut my remarks short because I want to leave time for Dr. Mike Murphy to present the review findings, and I know some of you are anxious to ask questions. I encourage all Canadians to read the report and anyone can obtain a copy by writing to me. I would like to encourage you to make good use of the Demographic Review Secretariat. Presentations can be arranged for groups or organizations in either official language.

Dr. Murphy will now show you the graphs that summarize the major trends reported in *Charting Canada's Future*.

Dr. Michael Murphy (Assistant Deputy Minister, Social Service Programs Branch, Department of National Health and Welfare): As the minister said, we have given this presentation about 125 times but there are several new things this time. The most important one, of course, is that you have the report before you. Second, it is the first time I have given it to a musical accompaniment. Third, this is the first time the minister has given away all the good lines before I start.

When I give this presentation, it is usually somewhat longer than I plan to speak today. This committee has a specific goal, task, or issue it is engaged in, and I apologize because my presentation is not tailored to your particular concerns, but instead provides the framework in which your concerns about demographic trends in Canada and how Canada's population will be changing are played out.

I skimmed some of the things that are not as directly related to aging and kept most of the aging materials in this presentation. For each of the other elements I will be talking about, I will try to give some indication—although it is fairly obvious—of how it would apply to the aging question.

Part of the organization of this comes from the original mandate, a series of questions posed to the minister by the Cabinet about Canada's changing demography and its

[Traduction]

futures. As I mentioned earlier, the population structure of Sweden today is remarkably similar to Canada in 2031.

By extrapolation, it is not unrealistic to expect that many Third World countries would turn for inspiration to Canada. In the next century, some of them may be at the stage of development which Canada is at today. The government of Canada, and hence the people of Canada, have an opportunity to help Third World countries with their research.

As a result, the University of Chicago, in cooperation with the United Nations asked the review to conduct a course on demography to Third World francophone nations so that they could benefit not just from our research, but from other unique Canadian characteristics.

Je m'arrête ici, si je veux que M. Murphy ait le temps de présenter les grandes lignes de l'étude et que vous ayez la possibilité de poser quelques questions. J'invite tous les Canadiens et Canadiennes à lire le rapport. On peut s'en procurer un exemplaire en m'écrivant. Je vous invite aussi à mettre à contribution utile les services du Secrétariat de l'Étude. Nous pouvons organiser des exposés à l'intention de différents groupes dans l'une ou l'autre des langues officielles.

Maintenant, M. Murphy vous montrera les graphiques qui résument les principales tendances signalées dans *Esquisse du Canada de demain*.

M. Michael Murphy (sous-ministre adjoint, Direction générale des programmes de service social, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Comme le ministre l'a dit tantôt, nous avons présenté cet exposé environ 125 fois, mais cette fois il y a du nouveau. Le changement le plus important, bien sûr, est que vous avez le rapport devant vous. Deuxièmement, c'est la première fois que je fais cette présentation avec accompagnement musical. Troisièmement, c'est la première fois que le ministre vend la mèche et m'enlève le beau rôle.

Cette présentation est normalement plus longue qu'elle ne le sera aujourd'hui. Ce comité a un objectif et une tâche particulière, et je dois m'excuser car mon exposé n'est pas adapté à vos intérêts précis. Plutôt, cet exposé vous procure un cadre dans lequel se dessinent vos préoccupations quant aux tendances démographiques canadiennes et les changements que subira notre population.

J'ai éliminé certains des aspects qui ne sont pas directement reliés au vieillissement et j'ai conservé les renseignements touchant ce phénomène pour les fins de cette présentation. Pour ce qui est des autres éléments que je vais mentionner, je tenterai de vous indiquer comment cela vient rejoindre la question du vieillissement, bien que cela soit souvent assez évident.

L'organisation de ces données découle en partie du mandat original, c'est-à-dire, une série de questions que le Cabinet avait posé au ministre concernant les

[Text]

impact on the country. The first question they posed was a very obvious one, and I will give this graph because it relates, as you will see, to one of the important factors about the aging population and immigration. That question is what is the future for Canada? It is not a bad question for a government to ask. Three years ago when we started this, there was a fair amount of talk about the disappearance of Canada, that Canada's fertility rates were below replacement, and that if immigration rates were not drastically increased the population would rapidly start declining toward zero.

The first question they asked was what are the long-term implications of what is going on in Canada today? It is a dangerous question to ask a demographer, especially one with a computer, because as you can see, we answered that question up to the year 2786. We did not want to skimp when we were asked an important question. Obviously it is this issue down here, on the first part of this graph, that is more important.

• 1615

We kept the rates constant at today's levels. The most important one was the total fertility rate. This is the only demographic term I will bore you with; it is the standard demographic measure of fertility, and is free of the influence of age structure. It is the sum of the age-specific fertility rates, but can be interpreted as the number of children that the average woman would have if she lived through her life at today's fertility rates. The replacement level is usually taken at 2.1, a little higher than 2, because not all women bear children, and all of their daughters do not live to bear children.

When you hear that Canada's fertility rates are below replacement, they are usually referring to the fact that instead of 2.1, the fertility rate is 1.7 in Canada. It is 1.4, although it has been rising lately in Quebec. It has been constant. As the minister mentioned, one of the things that is clear is that though fertility rates have been constantly falling since the baby boom days, they have been constant through this decade. So we have the fertility constant of 1.7.

We have a net migration constant at 80,000 a year. This is net migration. People leaving Canada is a very important figure. It is estimated that roughly 50,000 leave every year. So this 80,000 net is a gross immigration. The number coming in each year we estimate at 130,000. It is the average of the last 15 years. It is a little less than today. We kept mortality at today's levels.

[Translation]

changements démographiques du Canada et leur impact sur le pays. La première question qu'ils ont posé était assez simple, et je vais vous présenter ce graphique, car vous verrez qu'il traite d'un des facteurs importants du vieillissement de la population et de l'immigration. La question est la suivante: quel est l'avenir du Canada? Ce n'est pas mauvais qu'un gouvernement pose une telle question. Lorsque nous avons entamé cette étude il y a trois ans, on parlait beaucoup de la disparition du Canada; du fait que le taux de fécondité du Canada n'assurerait pas le remplacement de la population, et de la crainte que si les taux d'immigration n'étaient pas augmentés de façon très marquée, la population commencerait à décliner rapidement vers le néant.

La première question qu'ils ont posé était: quelles sont les conséquences à long terme de ce qui se produit au Canada aujourd'hui? Il est dangereux de poser une telle question à un démographe, particulièrement s'il est armé d'un ordinateur, car comme vous pouvez le constater, nous avons répondu à cette question avec des données allant jusqu'à l'an 2786. Nous ne voulions pas paraître chiche devant une question aussi importante. Il est clair que c'est ce phénomène-ci au bas, dans la première partie du graphique, qui importe le plus.

Nous avons utilisé les taux d'aujourd'hui comme constantes. Le plus important est l'indice synthétique de fécondité. C'est la seule expression technique avec laquelle je vais vous ennuyer. Il s'agit de la mesure démographique habituelle de la fertilité, excluant l'influence de la structure de la population par âge. Il s'agit de la somme des taux de fécondité particuliers à chaque âge qui est interprétée comme le nombre d'enfants que la femme moyenne pourrait avoir si elle gardait toute sa vie le taux de fécondité actuel. On considère habituellement que le taux de remplacement est de 2,1, soit un peu plus de deux, parce que les femmes n'ont pas toutes des enfants et leurs filles ne vivent pas toutes assez longtemps pour avoir des enfants.

Lorsqu'on vous dit que le taux de fécondité du Canada est inférieur au seuil de renouvellement, on fait habituellement allusion au fait qu'au lieu d'être à 2,1, il est à 1,7. Au Québec, il est de 1,4 bien qu'il soit en augmentation. C'est un taux constant. Comme le ministre l'a mentionné, il est clair que malgré une baisse depuis l'époque du baby boom le taux de fécondité il a été constant au cours de notre décennie. Nous avons donc une constante de fécondité à 1,7.

Nous avons un taux annuel de migration constant de 80,000 personnes. Il s'agit de la migration nette. Le nombre de personnes quittant le Canada chaque année est important. Nous évaluons à 50,000 personnes le nombre d'émigrants. Le chiffre de 80,000 correspond donc à l'immigration globale. En effet, nous recevons chaque année environ 130,000 immigrants. C'est la moyenne des 15 dernières années. Il y en a légèrement moins

[Texte]

Because of what the demographers have referred to as demographic momentum—the fact that a large part of the population is now in the fertility stage, because of the baby boom—the population, even with this below-replacement fertility level, will continue to grow. It will rise at a descending rate until it peaks in 2026 at around 31 million. Then it will very gradually start to decline. This decline is slow. Even under these circumstances, it will take 100 years to get back to the 25 million that was counted in the 1986 census. It will not go to zero. Because of this level of immigration, it will stabilize at 18 million. So it is not a population crisis. There is a question of slower growth and then a very slow decline, certainly not a question of Canadians disappearing.

The best measure of the impact of immigration on a society is not the immigration figures. With 50,000 leaving every year, and little information on who they are or how long they have been here, it is much better to count the people in the census who were born abroad, who are obviously immigrant. They are still here, you know they are here, and you know what their characteristics are.

This starts out at around 4 million, as counted in the 1986 census, and stays constant because we have the immigration constant. But since the population goes up and down, that percentage goes down and then up again, reflecting a changing base. It starts out at around 15%, where it has been since the Second World War, and then gradually increases until it stabilizes at around 22%.

There is an important demographic theory here. It is important for the aging question. This 22% is determined entirely by the total fertility rate. If you had more immigrants, you would have a larger population, a larger foreign-born population, but the percentage would stay the same. There are two important things about that.

First of all, it explains why Quebec has certain concerns about using immigration as their primary engine of population growth. With the total fertility rate of 1.4, this percentage would stabilize around 35% of the population born abroad.

When we say that immigration has a surprisingly small impact on the age structure, it is partially due to this: As long as the fertility rate stays at 1.7, no more than one in five of your population will be immigrants. So they cannot have that strong an impact on the population.

[Traduction]

aujourd'hui. Nous avons gardé le taux de mortalité d'aujourd'hui.

Malgré un taux de fécondité inférieur au seuil de renouvellement, la population continuera de croître à cause de ce que les démographes appellent l'élan démographique: une bonne part de la population est actuellement en âge de procréer en raison du baby boom. Elle croîtra à un rythme ralenti jusqu'en 2026, où elle atteindra le maximum de 31 millions de personnes. Ensuite, progressivement, la population diminuera. Ce sera une lente diminution. Malgré ces circonstances, il faudra 100 ans avant que nous revenions à la population de 1986, soit 25 millions de personnes. Nous ne redescenderons pas à zéro. À cause du taux d'immigration, la population se stabilisera à 18 millions. Il n'y a donc pas de crise de la population. Il ne s'agit que d'un ralentissement de la croissance suivi d'une décroissance très lente. Il n'est pas question de la disparition des Canadiens.

La meilleure mesure de l'incidence de l'immigration sur une société ne se trouve pas dans les taux d'immigration. Chaque année, 50,000 personnes quittent le pays sans que nous sachions qui elles sont ni depuis combien de temps elles étaient au Canada. Il est donc plus facile de calculer à partir du recensement combien de personnes sont nées à l'étranger et sont donc, évidemment, des immigrants. Ces personnes sont encore ici, nous savons qu'il s'agit d'immigrants et nous connaissons leurs caractéristiques.

Il y en a donc environ quatre millions d'après le recensement de 1986 et ce chiffre demeure constant parce que le taux d'immigration est constant. Mais comme la population augmente et diminue, la courbe représentant le pourcentage d'immigrants descend puis remonte en fonction des changements de la base. Elle commence à environ 15 p. 100, où elle est depuis la deuxième guerre mondiale, puis remonte pour se stabiliser autour de 22 p. 100.

Il faut tenir compte d'une théorie démographique importante, surtout pour la question du vieillissement. Ce chiffre de 22 p. 100 dépend entièrement de l'indice synthétique de fécondité. Si nous avions plus d'immigrants, la population des Canadiens nés à l'étranger serait plus grande mais le pourcentage demeurerait le même. Il faut retenir deux choses importantes.

D'abord, cela explique pourquoi le Québec est préoccupé par l'utilisation de l'immigration comme moteur principal de croissance de la population. Avec un indice synthétique de fécondité de 1,4, le pourcentage de la population née à l'étranger se stabiliserait autour de 35 p. 100.

Si nous disons que l'immigration a un impact relativement faible sur la structure d'âge, c'est pour la raison suivante: tant que le taux de fécondité reste à 1,7, il n'y aura pas plus d'un Canadien sur cinq qui sera un immigrant. Les immigrants ne pourraient donc pas avoir une trop forte incidence sur la population.

[Text]

[Translation]

• 1620

Not to give the idea that immigration is not an important element of the Canadian fabric, very briefly this is what will happen if there were no immigration. If immigration would go down to zero, you can see now why we took this out to 2786, because it is here that the last Canadian bites the dust. Our estimate is March 23, but the minister and I have been discussing this.

Even then you can see the impact of this demographic momentum, because even with zero immigration the population still continues to grow to about 2011, when it starts to decline, but again relatively slowly. It takes it 80 years, out to 2046, to get back to its size of 25 million that it was in the 1986 census. But there are some questions, Mr. Chairman, of relative population growth in Canada and I will just very, very briefly mention these.

These are projections of the population of Quebec and the population of Canada, and you can see it is the population of Canada and the green line Quebec on the bottom. Even though the Quebec population is continuing to grow and it is one of the important issues of this, it is not really a question of *de croissance* in Quebec. It is a question of population growth that is relatively slow. The last projections of BFQ, the Quebec Bureau of Statistics, which are parallel to this one, this line comes from Statistics Canada, show the population continuing to grow until 2,018, just about the same time Canada starts to peak and come down, but growing less slowly, less rapidly, more slowly. So you can see this red line which is off this axis, the percentage of Quebec in the confederation dropping off from just a little over 25 to 24.5 during this period. Now this is the latest projection made off 1986 data, 1986 census and the 1981 to 1986 interprovincial migration experience in Quebec.

We have another one you find in the study, much more striking but no longer correct—that is this one. This is the same sort of thing based on the 1981 census and based on the 1976-81 immigration period, which was not a good interprovincial migration period for Quebec, and here you can see, even though again the same sort of thing, this is a QBS projection out to 2031. It goes a little further, obviously, than the Canada one. As I said, this is the older projection. It is no longer true, but a lot of people still have this in their mind and you can see the population of Quebec dropping from 27% down to 20% during that 50-year period.

This is the sort of thing that has concerned people and that people are still concerned about, and legitimately. The thing you have to keep in mind with these projections is what they really tell you. They do not tell you what is going to happen way out here. Demographers are no better at foreseeing the future than any other social scientist. Demographers can no more tell you what the birth rate is going to be in 2006 than economists can tell

Sans vouloir donner l'impression que l'immigration n'est pas un élément important de la population canadienne, je vais décrire brièvement ce qui arriverait s'il n'y avait pas d'immigration. Si nous cessions de recevoir des immigrants, ce n'est qu'en 2786 qu'il y aurait extinction des Canadiens. Nous estimons que cela se produirait le 23 mars, mais le ministre et moi en avons déjà discuté.

Là encore nous voyons l'incidence de l'élan démographique parce que même avec une immigration à zéro, la population continuerait de croître jusqu'en 2011 avant de diminuer, relativement lentement. Il faudrait 80 ans, soit jusqu'en 2046, avant de revenir à la population de 25 millions d'habitants que nous avions lors du recensement de 1986. Mais il y a évidemment quelques questions, monsieur le président, sur la croissance relative de la population canadienne. Je vais les mentionner très brièvement.

Voici des projections de la population du Québec et du Canada. Voici la ligne représentant la population du Canada et la verte au-dessous est celle du Québec. La population québécoise continue de croître et il est important de le souligner, il n'y a pas de «décroissance» au Québec. La population du Québec continue de croître, mais relativement lentement. Cette ligne correspond aux données de Statistique Canada. D'après les dernières projections du BSQ, le Bureau de la Statistique du Québec, la population devrait continuer à croître, mais très lentement, jusqu'en 2018, alors même que celle du Canada arrivera à son sommet, avant de redescendre. Cette ligne rouge représente le pourcentage de la population québécoise au sein de la Confédération et elle passe d'un peu plus de 25 p. 100 à 24,5 p. 100 pendant cette période. Il s'agit des dernières projections faites à partir des données de 1986, tirées du recensement de 1986 et de la migration interprovinciale en 1981 et 1986 au Québec.

Nous avons un autre graphique qui est tout aussi étonnant mais dépassé. Le voici. C'est le même genre de graphique basé sur le recensement de 1981 et la période d'immigration de 1976 à 1981. Cette période d'immigration n'était pas très bonne pour le Québec. Vous voyez ici une projection du BSQ allant jusqu'à l'an 2031. Elle va un peu plus loin, c'est visible, que celle du Canada. Comme je l'ai dit, il s'agit d'une projection plus ancienne. Elle n'est plus valable mais beaucoup de gens la gardent encore à l'esprit. On y voit que le poids démographique du Québec passe de 27 p. 100 à 20 p. 100 au cours de cette période de 50 années.

C'est ce genre de donnée qui a préoccupé les gens et qui continuent de le faire, à juste titre. Il faut penser à ce que ces projections veulent réellement dire. Il ne s'agit pas de prédictions. La démographie, pas plus que les autres sciences sociales, n'a le don de seconde vue. Les démographes ne sont pas plus capables de prédire le taux de fécondité en l'an 2006 que les économistes ne sont en mesure de prévoir les taux d'intérêt à pareille date.

[Texte]

you what the interest rate is going to be. On the other hand, they can tell you what is going to happen if nothing changes, tell you what to be alert for, what to be aware of, and these two projections in some sense are both right. It is up until about there that is probably what is going to happen. Out in here, we should keep an eye on these things. I said fertility is going up in Quebec. If they did this after the 1991 census the situation would be again different and probably again improved, but it is a question of close monitoring.

On the second question, Mr. Chairman, that we were asked to look at, I will not put a slide on because it is less directly related. I will just mention the results there. They are in the study. That is the question of the impact of economic growth on population growth. If the population is, or is not going to be growing, what does that mean for our economic well-being? Do we have to continue to grow? Do we have to have a large population in order to be well off, to maintain our economic well-being?

Our studies with some of the best economists in Canada came down to a clear conclusion—that it does not matter. In an economy like Canada's, a modern economy heavily involved in world trade, it is the quality of the population, not the numbers of people that matter.

I will, Mr. Chairman, show one slide, if I may, come to think of it, from one of our distinguished demographers, in fact the best one he did. He is the president of the Quebec Economists Association, Mr. Pierre Fortin, who did a study of economic growth versus population growth in countries like Canada—in fact, including Canada—the OECD countries from the period 1960 to 1986. I will just put this on briefly. It is explained in more detail, probably more confusingly, in the report.

We asked Pierre to produce for us—in fact, this is one of the rare times, and the minister and I have talked about it, when an economist actually did what you wanted him to do. We asked him to produce a graph that contains no information, and he did it.

• 1625

This is the relationship between economic growth and population growth for these OECD countries during this period, 1960 to 1985. You can see there is no relationship. If there were one, these dots would not be scattered along that line, they would be clustered along a line that looked like that.

But to show you something about the theory in this area, there are other people who would say no, they would be clustered along a line that looks like that.

With that, we will leave that subject. But as I say, it is discussed in some detail in the book.

[Traduction]

Cependant, ils peuvent expliquer ce qui se produirait si les tendances actuelles se maintenaient. Ils peuvent ainsi nous prémunir, nous sensibiliser. Ces deux projections sont donc justes, à leur manière. Jusqu'à cette date là, c'est probablement ce qui se produira. Mais par la suite, il faudra garder l'oeil ouvert. J'ai dit que le taux de fécondité augmentait au Québec. Si on fait un tel graphique après le recensement de 1991, la situation aura encore changé et probablement pour le mieux. Il s'agit de bien suivre les événements.

Monsieur le président, pour la deuxième question à laquelle nous devons répondre, je ne présenterai pas de transparent parce que ce n'est pas nécessaire. Je ne ferai que mentionner des résultats. Ils figurent dans le rapport. Il s'agit de l'incidence de la croissance économique sur la croissance de la population. Si la population croît ou si elle cesse de croître, qu'est-ce que cela signifie pour notre bien-être économique? Devons-nous continuer de croître? Une population nombreuse est-elle nécessaire à notre bien-être économique?

La conclusion de nos études, menée en collaboration avec certains des meilleurs économistes canadiens, était très claire: il n'y a pas de relation. Dans une économie comme la nôtre, une économie moderne bien ancrée dans le commerce international, c'est la qualité et non la quantité de la population qui compte.

Monsieur le président, si vous le permettez, je vais montrer un transparent qui provient d'un de nos distingués démographes et c'est sans doute le meilleur graphique qu'il a produit. Il s'agit du président de l'Association des économistes du Québec, M. Pierre Fortin, qui a fait une étude de la croissance économique par rapport à la croissance de la population dans des pays comme le Canada. Les pays étudiés comprenaient le Canada et des pays de l'OCDE, entre 1960 et 1986. Je vais la montrer très rapidement. Le rapport explique le tableau avec davantage de détails, peut-être même trop.

Nous avons demandé à Pierre de produire ce graphique. En fait, pour une fois, et le ministre et moi sommes d'accord là-dessus, un économiste a fait ce que nous lui demandions. Nous lui avons donc demandé de produire un graphique qui ne contienne aucune information et il l'a fait.

Voici la relation entre la croissance économique et la croissance démographique des pays de l'OCDE entre 1960 et 1985. Vous voyez bien qu'il n'y a pas de relation. S'il y en avait une, les points ne seraient pas répartis dans ce sens mais plutôt regroupés sur une ligne comme ceci.

Mais pour que vous puissiez juger des théories dans ce domaine, d'autres personnes diraient que les points devraient plutôt être regroupés dans ce sens.

Bon, passons à un autre sujet. Comme je l'ai dit, il y a des explications détaillées dans le rapport.

[Text]

The next subject I wanted to turn to was the subject of the changes in the family, because these are very important, as you know, for the whole question of aging, for the whole question of support. This is a graph of what the minister told you recently. There have been significant changes in the Canadian family over the last 25 years. For a sociologist, as I once was, there are extraordinary changes.

You can see the numbers of Canadian families by type of family. As the minister mentioned, this blue bar—this is from 1961 to 1986—is the numbers of what is usually called the “traditional family”: both spouses present, only the husband working. The green bar, the one next to it, is the so-called “double-income family”: both spouses present and both of them working. You can see an extraordinary exchange of position. In 1961 the blue bar was almost five times as big as the green bar, truly the dominant size of the family. You can see the change. By 1986 the double-income family was more than twice as predominant as the traditional single-earner, two-parent family.

Of course there are some other things that are important on here. The yellow bar is the number of single-parent families headed by women, which has increased significantly during this period. This little black bar is the number of single-parent families headed by men, which has also increased probably significantly.

The red bar is something related to aging. That is the number of families in which nobody works. When I first mentioned it to the minister, he said that must be the bureaucrats. But actually it was not.

At any rate, before leaving the families... again, the point the minister made. This graph is somewhat misleading, because it gives the idea that these trends are recent and that they may be reversible. As the minister said, we wanted to give an idea of the historical roots of these trends.

One of the important things here in this change is you can see it is the relationship of the two family heads to the labour force. So what we have in this next one is a longer look at this question of people leaving the household as a place to work. There was a time when almost everybody worked around the house. It was not that long ago. If you have a nation of farmers and small artisans, work takes place around the household. There is not that much difference between women's work and men's work, and at any rate it is all around the home. But with the Industrial Revolution, with the change in technology, change in productivity in the industrial sector, this changes.

What we have here is a graph of people leaving the household as a place to work in Canada. That green line is the last men who left the house as a place to work.

[Translation]

J'aimerais maintenant parler de l'évolution de la famille canadienne. Comme vous le savez, les changements seront très importants pour la question du vieillissement à cause du soutien qu'il faudra donner aux personnes âgées. Voici un graphique représentant bien ce que le ministre a déclaré plus tôt. Il y a eu des changements très importants dans la famille canadienne au cours des 25 dernières années. Du point de vue d'un sociologue, ce que j'ai été autrefois, il s'agit de changements extraordinaires.

On voit ici le nombre de familles canadiennes par type de famille. Comme le ministre le disait, cette colonne bleue qui est reproduite de 1961 à 1986, représente le nombre de familles dites “traditionnelles”: il y a deux conjoints et seul le mari travaille. La colonne verte, juste à côté, représente la famille à double revenu: il y a deux conjoints qui travaillent. On voit qu'il y a un renversement très net. En 1961, la colonne bleue était cinq fois plus haute que la verte, ce qui représente une nette dominance de la famille traditionnelle. Vous pouvez voir le changement. En 1986, les familles à double revenu étaient deux fois plus nombreuses que les familles traditionnelles comportant deux conjoints dont un seul travaille.

Ce graphique fournit également d'autres renseignements importants. La colonne jaune représente le nombre de familles monoparentales dirigées par une femme, nombre qui a augmenté sensiblement au cours de cette période; la petite colonne noire, le nombre de familles monoparentales dirigées par un homme, qui a aussi fortement augmenté.

Quant à la colonne rouge, elle est sans doute reliée au vieillissement. Il s'agit du nombre de familles où personne ne travaille. Lorsque j'en ai d'abord parlé au ministre, il a dit qu'il s'agissait sans doute de bureaucrates. Ce n'était pas le cas.

Avant de passer à un autre sujet j'aimerais revenir à ce qu'a dit le ministre. Le graphique est un peu trompeur puisqu'on pourrait croire que ces tendances sont récentes et qu'elles pourraient être réversibles. Comme le disait le ministre, il serait bon de donner une explication historique de ces tendances.

Dans ce graphique, il importe de reconnaître le changement dans la relation entre les deux chefs de famille et la population active. Dans le graphique suivant, nous constatons l'abandon du foyer comme lieu de travail. À une certaine époque, il n'y a pas si longtemps de cela presque tout le monde travaillait près de la maison. Dans un pays d'agriculteurs et de petits artisans, le foyer est souvent le lieu de travail. À cette époque, il n'y avait pas tellement de différence entre le travail des femmes et celui des hommes qui tout deux travaillaient près de la maison. Avec la révolution industrielle, les changements technologiques, l'augmentation de la productivité dans le secteur industriel, tout a changé.

Voilà un graphique qui démontre que les Canadiens travaillent de moins en moins à la maison. La ligne verte représente les derniers hommes qui ont quitté la maison

[Texte]

These are the percentage of the Canadian population who were farmers—an extraordinary social change during that time—dropping from 62%, as you can see, in 1871 to 2% today. You often hear that one of the problems we have today is that women are leaving the home to work, working outside the home. Well, what this clearly shows is that they were the last to leave. The men left first.

This blue line is the women leaving the home as a place to work, the flip side of the participation rate, the women not in the labour force, starting at around 90% at the turn of the century, down to around 40% today. It is down to around 20% in Sweden.

The red line in the middle is everybody else leaving the household.

This is the average household size, another important variable that has been declining drastically, 5.2 at the turn of the century down to 2.8 today. The household has ceased to be what it was before, a large living centre, with relatives, a lot of children, lodgers, and other actors who have been forgotten. Now it is just the nuclear family. In fact, this whole question of people inside the home—the second earner—has a different optic this way.

• 1630

There are always multiple earners in households. If there are multiple earners now, there are only two adults who can be those multiple earners. Alongside this are the two basic changes—the change in fertility and the aging of the population. As the minister noted, in a modern population with low mortality, the age structure is determined by the fertility rate.

We have a graph, again historic, starting in the middle of the last century, of the total fertility rate in Canada. The average family at the end of the last century had seven children. You can see the baby boom is a blip here, and there is actually another one around the First World War too. In this line, you see the stability, coming steadily downward, though, on a long term trend. Related to that, taking as a rather arbitrary measure of the age structure, is the percentage of the population 65 and over. Starting in 1851, it was around 3%, where most of the Third World countries are today, and for the same reason, because they have high fertility. As the fertility comes down, the percentage of 65 and over goes up from 3% to where it is today at around 11%.

This is one of the key results, and I think it is important for this committee, Mr. Chairman. The aging of the population is almost inevitable. One of the things we talked about earlier on, before this study began, was what you could do about this problem. In fact, one of the nice

[Traduction]

comme lieu de travail. Cela représente le pourcentage de Canadiens qui étaient des agriculteurs. Il y a eu un changement social radical au cours de cette période: on est passé de 62 p. 100 en 1871, à 2 p. 100 aujourd'hui. On entend souvent dire aujourd'hui que nous avons des problèmes parce que les femmes quittent le foyer pour travailler. Et bien ce graphique montre clairement qu'elles ont été les dernières à le quitter. Les hommes sont partis les premiers.

Cette ligne bleue représente les femmes qui travaillent à l'extérieur du foyer. Les femmes qui ne font pas partie de la population active sont passées de 90 p. 100 au tournant du siècle à 40 p. 100 aujourd'hui. En Suède, elles ne sont plus que 20 p. 100.

La ligne rouge du milieu représente le reste de la population qui a quitté le foyer.

Voici la taille moyenne des ménages, une autre variable importante qui a beaucoup diminué passant de 5,2 personnes au tournant du siècle à 2,8 personnes aujourd'hui. Le ménage n'est plus ce qu'il était: un groupe vivant en commun comptant les parents, beaucoup d'enfants, des locataires et autres, tombés dans l'oubli. Maintenant, il n'y plus que la famille nucléaire. En fait, cela remet en perspective la question des personnes qui travaillent à la maison ainsi que celle du deuxième revenu.

Les ménages ont toujours eu plus d'un revenu. Mais aujourd'hui, il n'y a que deux adultes pour gagner ces revenus. Il faut également considérer deux changements fondamentaux: la baisse du taux de fécondité et le vieillissement de la population. Comme le ministre l'a fait remarqué, dans une population moderne à faible taux de mortalité, la structure par âge est déterminé par le taux de fécondité.

Voici un graphique de l'indice synthétique de fécondité; il remonte au milieu du siècle dernier. À la fin du siècle dernier, la famille moyenne avait sept enfants. On voit ici une remontée de l'indice causée par le «baby boom» et on peut remarquer qu'un autre l'avait précédé à l'époque de la Première Guerre mondiale. Nous avons dans le même graphique la courbe du pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, qui a été choisie comme mesure arbitraire de la structure par âge de la population. En 1851, la proportion était de 3 p. 100, comme elle l'est aujourd'hui pour la plupart des pays du Tiers monde. La raison est la même dans les deux cas: le taux de fécondité est élevé. À mesure que le taux de fécondité baisse, le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus augmente, passant de 3 p. 100 aux 11 p. 100 d'aujourd'hui.

Voilà un des résultats les plus importants, notamment pour votre comité, monsieur le président. Le vieillissement de la population est presque inévitable. Avant le début de cette recherche, nous avons parlé des solutions possibles à ce problème. Et bien, l'un des avantages d'une telle étude,

[Text]

things about giving this study is that you learn to adjust your vocabulary properly. When I gave this to the senior secretariat and said, if you want to know what to do about this problem, how to solve this problem, they asked why you would want to solve it. They are absolutely right.

We have a projection that takes off from the last graph, and it shows this percentage going into the future. You can see it is 65 and over. In 1986 it was around 11%, stabilizing at around 22%, 23%. The minister has spoken, and I will in a second, about the baby boom delay in the aging of the population. Had there been no baby boom, it probably would have gone up along that line. You can see the slight dip caused by that extra million people that were in the baby boom.

There are almost another million in the echo baby boom, which puts more unexpected numbers of young people into the population. You can see it is stabilizing around 22%. The reason it stays there and does not come down again is that the baby boom did not cause the aging of the population, and the passing of the baby boom—of us—will not solve it, will not resolve it, will not change it, because this 22% is the proportion of the population that is 65 and over as determined by the total fertility rate of 1.7%. It happens to be the same proportion that you will have when the baby boomers have their major impact on the age structure. So it will go to the 65 rather quickly when it starts after 2011 and stay there, unless there is a major increase in the fertility rate, and we will talk about that in a second.

The other thing that is interesting on this graph, Mr. Chairman, is this red line. It is the percentage of 75 and over, which starts out at around 4% and ends up at around 11%. The interesting thing is that the 11% of 75 and over is the same as the 11% of 65 and over that we have today. One of the interesting policy questions—really sort of a medical/social question—is where the beginning of old age is between here. As the minister said, it is certainly not 65 today. It may not be 75 in the early parts of the next century, but surely it is going to be somewhere between these two lines. If it were 75, the so-called dependency question would not be any different at all, because there would still be 11% of the population 65 and over.

There is another graph I will show just briefly, because I do not like to answer the question about it. As mortality is increased, it is the question that women tend to live longer than men. I am always asked why that is, and I always say I do not know. Fortunately, Dr. Halliday is here, so perhaps he could give us the answer. Certainly I do not intend to, but the feminization of older age is certainly a social factor.

[Translation]

c'est d'apprendre à mieux choisir nos termes. Lorsque j'ai confié cette tâche aux responsables pour savoir comment régler le problème, ils m'ont demandé pourquoi nous voudrions le régler. Ils avaient absolument raison.

Nous avons une projection qui commence là où se terminait le dernier graphique. On voit le même pourcentage dans l'avenir. Voici la ligne représentant la population de 65 ans et plus. En 1986, la proportion était de 11 p. 100 et elle se stabilisera autour de 22 p. 100 ou 23 p. 100. Le ministre a parlé du fait que le «baby boom» avait retardé le vieillissement de la population. Sans cette explosion démographique voici à peu près ce qu'aurait été la courbe. Ce léger décalage représente le million de personnes supplémentaires qu'on appelle le «baby boom».

Il y a presque un autre million de personnes dans l'explosion démographique secondaire, ce qui injecte un nombre inattendu de jeunes dans la population. On voit qu'il y a une stabilisation autour de 22 p. 100. La courbe se stabilise et ne descend pas puisque le «baby boom» n'a pas causé le vieillissement de la population. L'élimination de la génération du «baby boom», la nôtre, ne résoudra pas le problème du vieillissement, n'y changera rien, parce que la proportion de 22 p. 100 de la population âgée de 65 ans et plus est déterminée par l'indice synthétique de fécondité de 1,7 p. 100. La proportion demeurera la même lorsque notre génération influencera le plus la structure par âge. Après 2011, il y a une augmentation rapide jusqu'à une stabilisation, à moins qu'il y ait une augmentation importante du taux de fécondité ce dont nous parlerons bientôt.

L'autre donnée intéressante de ce graphique, monsieur le président, est cette ligne rouge, représentant le pourcentage de la population âgée de 75 ans et plus. Elle commence à 4 p. 100 et se termine autour de 11 p. 100. Il est intéressant de remarquer que la population des personnes âgées de 75 ans et plus se stabilisera au même chiffre que la proportion actuelle des personnes âgées de 65 ans et plus. D'un point de vue politique, médical et social, il serait intéressant de se demander à quel âge on devient vieux. Comme le ministre l'a dit, aujourd'hui, ce n'est certainement pas à 65 ans. Au début du prochain siècle, ce ne sera peut-être pas à 75 ans, mais certainement entre ces deux âges. Si c'était à 75 ans, la question de la dépendance des personnes âgées ne serait pas différente puisqu'il y aurait toujours 11 p. 100 de la population âgée de 65 ans et plus.

Il y a un autre graphique que je vais vous montrer rapidement parce que je n'aime pas répondre à la question qu'il suscite. Comme la mortalité augmente, on peut se demander pourquoi les femmes vivent plus longtemps que les hommes. On me le demande toujours et je ne sais pas quoi répondre. Heureusement, le docteur Halliday est ici et il pourra peut-être nous répondre. Ce n'est certainement pas moi qui le ferai. Il faudra toutefois tenir compte du phénomène social de la féminisation de l'âge d'or.

[Texte]

I will just talk very briefly about the baby boom. As the minister said, it added a million people to the population. You really see it in this graph as a boom. In fact, this blue line is the number of births per year. The orange bars are the number of births per decade. You can just see that there were 3.7 million in this earlier decade, 3.7 million afterwards, and 4.7 million in the decade in between.

• 1635

The fact that this is also the age structure is very important, and this graph has been very useful. If we turn the graph, we will actually see the age structure of 1964, because almost nobody dies in the age groups of zero to nine and ten to nineteen. If the graph is pushed up we will see the age structure for a little later-on, so we begin to see the baby bust. As we used to say, if we turn the graph one way, one view reflects the women, one view reflects the men and this view reflects the population during the first part of the next century. We hope to eventually have it all on this graph, but we have not done that yet.

The other issue is that not only is this inevitability, but this situation would not be unique. We have the new structure here. Demographers are always talking about population pyramids and they will have to stop doing that, because populations do not look like pyramids any more.

We have here the male population and the female population by five-year age groups, with the size of the population appearing along the bottom axis. This reflects the population that was counted in the 1986 census and you can see that from this point up it was shaped like a pyramid, but you can see a change. This is the baby boom and this is the baby bust with a bit of the echo baby boom. You can see that the population is in a transition and it is in transition to this population vase, which reflects the future for all developed countries.

It is not just that there is a larger percentage of people in the older age groups, but that the younger age groups make up a smaller percentage. This vase reflects that many people are concentrated in the working ages. That is the future of Canada and it is also the future of all countries as their fertility rates decline. Some countries are already there and we have the same situation occurring in Canada in 2031 and in Sweden today. Although they are not exactly the same, they certainly have the same sort of population base and all western European countries look vaguely like that.

[Traduction]

Je vais revenir brièvement sur le baby boom. Comme le ministre l'a dit, il s'agit d'une augmentation subite de la population de un million de personnes. Ce graphique montre bien l'explosion démographique. En fait, la ligne bleue représente le nombre de naissances par année. Les colonnes orange sont le nombre de naissances par décennie. Vous voyez ici qu'il y a eu 3,7 millions de naissances dans cette décennie, 3,7 millions plus tard et 4,7 millions entre les deux.

Le fait que l'on ait là aussi la représentation de la structure par âge est très important, et ce graphique s'est révélé très utile. En tournant le graphique, on voit en fait la structure par âge de 1964 étant donné que presque personne ne meurt dans les catégories d'âges de zéro à neuf ans et de dix à dix-neuf ans. En remontant le graphique, on aperçoit la structure par âge un peu plus tard et on commence à voir l'effet de l'effondrement de la natalité. Comme on l'a dit, en tournant le graphique de cette manière, les femmes sont représentées de ce côté, les hommes de l'autre et une troisième représentation reflète l'état de la population lors de la première moitié du vingt et unième siècle. Nous espérons pouvoir réunir le tout sur ce graphique, mais nous ne l'avons pas encore fait.

Il y a aussi problème du fait que cette situation est non seulement inévitable mais, qu'en plus, elle ne sera pas exceptionnelle. Vous voyez ici la nouvelle structure. Les démographes nous parlent toujours des pyramides d'âges, mais il nous faudra cesser d'employer cette expression car les populations ne se présentent plus sous forme de pyramide.

Voici la population des hommes et celle des femmes par tranche d'âge de cinq ans, la taille de chacune des populations figurant en abscisse. Il s'agit là de la population recensée en 1986 et vous pouvez constater que jusqu'à ce point précis, elle se présente sous forme de pyramide, mais l'on voit apparaître alors un changement. On voit ici le «baby boom» et là l'effondrement de la natalité avec une petite répercussion du «baby boom». On peut voir que la population passe par une phase de transition qui doit la mener à prendre une forme de vase, forme qui est celle que prendront à l'avenir toutes les populations des pays développés.

Non seulement la population des gens âgés est plus nombreuse, mais il y a aussi le fait que les catégories de population très jeunes représentent une plus faible part du total. Cette forme de vase résulte du fait que davantage de gens se retrouvent dans les tranches de population en âge de travailler. Voilà quel est l'avenir du Canada et celui de toutes les nations dont le taux de fécondité diminue. Certains pays en sont déjà là et la situation qui va se produire au Canada en 2031 peut déjà être constatée aujourd'hui en Suède. La situation n'est pas exactement la même, mais il s'agit à n'en pas douter du même type de structure de population et tous les pays de l'Europe de l'Ouest se présentent plus ou moins sous cette forme.

[Text]

The last point, which reinforces the previous point, relates to the question of whether anything will change this tendency toward aging of the population. We have two basic demographic variables. That measure of 65-and-over is again probably not the best measure of aging, but it is certainly a measure of the age structure. The red line traces the appearance of the 65-and-over population picture if nothing changes.

We have two simulations of high immigration levels, holding fertility rates constant. The orange line indicates 275,000 and the green line indicates 375,000. Two higher fertility levels are 2.1 up to replacement level, which is not very high for a fertility level but it is still a long way from our present level, and this aqua line indicates a level of 3.1, almost baby boom level.

So you can see from these projections that the high immigration levels have a short-term impact of reducing the percentage by two or three points. They have a very small impact in the long-term and they will have no impact at all in the end. These lines will eventually converge.

Even fertility rates at replacement level will eventually only take the percentage of 65 and over down to around 19%, which is about the level Sweden has today. Only raising fertility rates to around 3.1 will bring the percentage of 65 and over down to the 11% that it is today.

There are two reasons for that. One is the factor I mentioned on the first graph, which is that no matter how high immigration levels are, more than one in five of the population will be immigrants anyway. The second reason relates to the age structure of those who were foreign-born that was taken from the 1986 census. You can see that it is neither a particularly young population nor a particularly old population. It is in fact like an exaggerated version of that population vase we saw earlier, but it is more pinched-in at the top and more pinched-in at the bottom. It is still one of the first instances in which we see the factor that the minister mentioned, in that immigrants tend to reinforce the trends of a modern society.

These populations look like this and there is a reason they look like this. It is not surprising, because immigration is a cumulative process and you can see that the five-to-nine age group is roughly twice as large as the zero-to-four age group. The next age group is roughly three times as large as that one and four times as large as that one and so on. And there is a reason for that. This group is twice as large as that group because it is composed of two groups. In one we have only those

[Translation]

Le dernier point, qui est le prolongement de celui qui précède, consiste à se demander si quelque chose peut venir changer la tendance au vieillissement de la population. Nous avons deux grandes variables démographiques. Il est probable, je le répète, que ce seuil de 65 ans et plus ne soit pas le meilleur critère de mesure du vieillissement, mais il n'en reste pas moins que c'est un bon critère de mesure de la structure par âge. La ligne rouge souligne les contours de la population de 65 ans et plus si rien ne change.

Nous avons fait deux simulations de l'arrivée d'une forte population immigrante, les taux de fécondité restant constants. La ligne orange correspond à l'arrivée de 275,000 immigrants et la ligne verte à celle de 375,000 immigrants. Nous avons étudié deux taux de fécondité, un taux de 2,1 p. 100 correspondant au seuil de remplacement de la population, niveau de fécondité qui n'est pas très élevé mais qui est encore très supérieur à celui que nous constatons à l'heure actuelle, et cette ligne correspond à un taux de 3,1 p. 100, qui est presque celui d'une explosion démographique.

Vous pouvez donc voir à partir de ces extrapolations qu'une forte immigration a des effets à court terme et entraîne des réductions de deux ou trois pour cent. Les effets à long terme sont très faibles et deviennent nuls au bout du compte. Les lignes finissent par converger.

Même si l'on porte les taux de fécondité au seuil de remplacement de la population, le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus n'est ramené finalement qu'aux alentours de 19 p. 100, taux qui correspond à peu près à celui de la Suède à l'heure actuelle. Ce n'est que si l'on porte les taux de fécondité à quelque chose comme 3,1 p. 100 que l'on ramène le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus au taux actuel, soit 11 p. 100.

Il y a cela deux raisons. La première a trait au facteur que j'ai évoqué au sujet du premier graphique, c'est-à-dire au fait que quels que soient les taux d'immigration, plus d'une personne sur cinq au sein de notre population sera de toute façon immigrante. La deuxième se rapporte à la structure des âges des personnes nées à l'étranger telles qu'elles ressortent du recensement de 1986. Vous pouvez voir que cette population n'est ni particulièrement âgée ni particulièrement jeune. Il s'agit en fait d'une forme exagérée du modèle de population que nous avons vu un peu plus tôt, qui se rétrécit à la base et au sommet. C'est un exemple qui corrobore ce qu'a indiqué le ministre, en l'occurrence que l'immigration avait tendance à renforcer les tendances d'une société moderne.

Ces populations se présentent sous cette forme et il y a des raisons à cela. Ce n'est pas surprenant étant donné que l'immigration est un processus cumulatif et vous pouvez voir que la tranche d'âge des cinq à neuf ans est environ deux fois plus nombreuse que celle des zéro à quatre ans. La tranche d'âge suivante est quant à elle à peu près trois fois plus nombreuse que la première, la suivante quatre fois plus nombreuse, etc. L'explication est la suivante: chaque tranche est deux fois plus nombreuse

[Texte]

people who came to Canada during the last period of immigration and who are now in the zero-to-four age group. In the other group we have those who came to Canada during the last period and who are now in the five-to-nine age group, plus the survivors of those, who came five years before. At that time they were zero and are now five to nine. So there are two groups there, the people who came in the last period and the people who came five years before.

[Traduction]

que celle qui la précède parce qu'elle se compose en fait de deux groupes. Le premier, celui des personnes arrivées au Canada au cours de la dernière période d'immigration et ce sont elles qui constituent par exemple l'intégralité de la tranche d'âge de zéro à quatre ans. Dans la tranche d'âge suivante, il y a à la fois le groupe des personnes arrivées au Canada au cours de la dernière période d'immigration et qui sont âgées de cinq à neuf ans et les personnes arrivées lors de la période antérieure et entrées par la suite dans la tranche d'âge de cinq à neuf ans. Alors qu'elles étaient à l'époque dans la tranche d'âge de zéro à quatre ans. Il y a donc deux groupes dans cette deuxième tranche: ceux qui sont arrivés au cours de la dernière période d'immigration et ceux qui sont arrivés dans la période de cinq ans qui a précédé.

• 1640

Here, there are three groups: the people who are now 10 to 14, who just arrived; the people who were in this age group three years ago, who arrived five years ago, the survivors of them; and the survivors of the group who came three periods ago. That is why it looks that way. It gradually builds out like that to mortality and immigration, to push it in at the top.

Dans cette tranche-là, il y a trois groupes: les gens âgés de 10 à 14 ans, qui viennent juste d'arriver; ceux qui appartenaient à la tranche d'âge précédente lorsqu'ils sont arrivés il ya cinq ans et ceux qui sont arrivés lors de la période antérieure, alors qu'ils étaient âgés de zéro à quatre ans. Voilà pourquoi la structure se présente sous cette forme. On assiste à ce genre d'accumulation progressive avec la mortalité et l'immigration, la population étant poussée vers le haut.

There are others which are fairly further on along this route, and this is the comparison the minister made to some of these western European countries, which are older now. They are almost as old as we are going to be.

Il y a d'autres pays qui sont déjà bien avancés dans cette voie et nous avons ici la comparaison faite par le ministre avec un certain nombre de pays de l'Europe de l'Ouest, où le vieillissement est plus avancé. Ils sont déjà presque plus âgés que nous allons l'être.

What we have here is that percentage of 65 and older which was taken from 1984 data: Canada, a little less than 11%, closer to 10%; the United States, just a little bit older because the baby boom was a little bit less, as the minister said; two Third World countries, Zaire and the Philippines, which are back where we were in the middle of the last century, for the same reasons, as I pointed out, high fertility, with 3% of the population three to five; and then these western European countries, Sweden with 16% of the population 65 and over.

Nous avons ici le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus, d'après les chiffres de 1984: Pour le Canada, c'est moins de 11 p. 100, plutôt 10 p. 100; les États-Unis sont un peu plus vieux parce que, comme l'a indiqué le ministre, l'explosion démographique y a été un peu moindre; deux pays du Tiers-Monde, le Zaïre et les Philippines, en sont là où nous en étions au milieu du siècle dernier, pour les raisons mêmes que j'ai indiquées, un taux de fécondité élevé, 3 p. 100 de la population étant âgés de trois à cinq ans; enfin, il y a ici les pays de l'Europe de l'Ouest, la Suède ayant 16 p. 100 de sa population âgée de 65 ans et plus.

The minister has already made the point about these countries that are already that old, not being old in the sense that people often use that term, in the derogatory sense. I want to make one more point and this is about the limited geographical impact of immigration, because when you are talking about services, especially services to the older people, you have to have an idea of what kind of populations, what kind of background the people have in various areas. The minister has made this point strongly, several times. If you have a large immigrant population, how you range your services, what kind of services, and the language and the customs and the culture in which they are delivered vary strongly.

Le ministre a évoqué la question des pays dont la population a déjà atteint ce degré de vieillesse, vieillesse n'étant pas pris au sens où on l'emploie souvent, au sens méprisant du terme. Je voudrais insister sur un dernier point, qui est celui des effets limités de l'immigration d'un point de vue géographique. En effet, dès que l'on parle de services, et tout particulièrement de services fournis aux personnes âgées, il faut savoir à quel type de populations on s'adresse dans les différentes régions, quelle est leur origine et leur composition. Le ministre a fortement insisté sur ce point, à plusieurs reprises. Lorsque l'on a une forte population immigrante, comment organiser des services, quel type de services fournir et dans quelle langue en tenant compte de la disparité des coutumes et des cultures?

[Text]

I am going to have just one more historical graph, Mr. Chairman, because it makes the point. What we have here is the history of immigration in this century to Canada. Immigration has been very important to Canada. During the last half of the 19th century, net migration to Canada was negative. More people left Canada every year than came to it. We came out of that period marked negative net migration with around 14% of the population born abroad, the measure which I talked about before.

During this period, 1901 to 1911, it was the last time immigration really had an impact on change in the society. We had 1.6 million immigrants. This is what this blue bar is. There were 1.6 million immigrants during that time and they changed the structure of Canada. We start off at 14% of the population foreign-born—22% of the population were born after that. But even this larger immigration of the next decade did not change that percentage, for two reasons. The population was slightly larger, but the other thing was that emigration picked it up, people leaving Canada to start up again.

It stayed around 22%, dropped off during the depression and the war years to 15%, and even these large numbers of immigrants kept this at around 15% of the population born abroad.

Now, this is not to say that we are not an immigration country, 15% of the population consistently born abroad, consistently renewing our population, makes us clearly an immigrant country. But it was only there that it was built by immigration.

This is where these people came from. The immigrants went where the Canadians were going. What we have here is the population increase of those regions during that decade of strong growth, from 1901 to 1911. You can see that it was Saskatchewan and Alberta and a little bit B.C. Now, this was a time of a very, very high fertility, you will recall. The total rate was around 7. Atlantic provinces, Quebec, Ontario, Manitoba, and B.C. did not grow that much because their people were going with the immigrants to fill up the Prairies. Saskatchewan had 90,000 people in 1901 and it had 490,000 people in 1911. All through Canadian history we find this same thing, that the immigration has been very selective.

• 1645

I will finish with just this one chart, Mr. Chairman, showing the percentage of foreign-born in Canada by region for this half-century, almost an entire century now,

[Translation]

J'aimerais vous présenter un dernier graphique historique, monsieur le président, parce qu'il est très instructif de ce point de vue. Nous avons ici l'historique de l'immigration au Canada au cours du siècle. L'immigration a joué un rôle très important au Canada. Au cours de la deuxième moitié du 19^e siècle, le solde de l'immigration a été négatif pour le Canada. Davantage de gens ont quitté chaque année le pays qu'il en est arrivé. Nous sommes sortis de cette période caractérisée par un solde négatif avec une population composée de 14 p. 100 de personnes nées à l'étranger, chiffre que j'ai évoqué précédemment.

Au cours de la période allant de 1901 à 1911, pour la dernière fois l'immigration a eu un véritable impact sur l'évolution de la société. Nous avons reçu 1,6 million d'immigrants. C'est ce qui correspond à la barre bleue ici. Un million six cent mille immigrants sont venus au cours de cette époque et ils ont changé la structure de la population du Canada. On part de 14 p. 100 de la population née à l'étranger et on arrive ensuite à 22 p. 100. Toutefois, même l'immigration plus forte des dix ans qui ont suivi n'ont pas modifié ce pourcentage, pour deux raisons. Tout d'abord, la population dans son ensemble était un peu plus nombreuse, mais il y a aussi le fait que l'émigration a augmenté, c'est-à-dire ces gens quittant le Canada pour se réinstaller ailleurs.

On est resté autour de 22 p. 100 et le pourcentage a été ramené à 15 p. 100 avec la crise et les années de la guerre et en dépit de la forte immigration on est resté autour de 15 p. 100 de la population née à l'étranger.

Je ne veux pas dire par là que nous ne soyons pas un pays d'immigration; avec un taux constant de 15 p. 100 des gens nés à l'étranger, qui viennent constamment renouveler notre population, nous sommes de toute évidence un pays d'immigration. Mais ce n'est qu'à cette époque-là que l'immigration a bâti ce pays.

Voilà d'où venaient ces gens. Les immigrants ont suivi le flux des Canadiens. Vous avez ici les pourcentages d'augmentation de la population dans les différentes régions au cours de cette décennie de forte croissance, de 1901 à 1911. Vous pouvez voir que la progression se fait surtout en Saskatchewan et en Alberta et accessoirement en Colombie-Britannique. N'oubliez pas qu'il s'agit d'une époque marquée par un taux de fécondité très élevé. Dans l'ensemble, ce taux se situe aux environs de 7. Les Maritimes, le Québec, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique n'ont pas progressé autant en raison du fait qu'une partie de leur population allait avec les immigrants peupler les Prairies. La Saskatchewan compte une population de 90,000 habitants en 1901 et de 490,000 en 1911. Tout au long de l'histoire du Canada, nous retrouvons la même chose, à savoir que l'immigration s'est montrée très sélective.

Je finirai simplement par ce tableau, monsieur le président, qui nous montre le pourcentage au Canada de personnes nées à l'étranger, région par région, sur presque

[Texte]

for the Atlantic provinces, Quebec, Ontario and B.C., for 1901, 1921, 1951, 1981 and 1986. You can see throughout this century rarely more than 5% of the population in the Atlantic provinces born abroad. It is not much higher in Quebec. If you took Montreal out of there it would be down around where the Atlantic provinces have been. It is to Ontario, and especially the Prairies and B.C., where the immigrants have gone. That is one of the real issues. And you still find them there today.

I should show this. It is one of our flashy graphs. As you know, Mr. Chairman—I will not go through that graph—with ethnic origin the population changed very drastically over the last 20 years. We get more and more immigrants from Third World countries, fewer of the traditional immigrants. I want to show just two things. This is our one high-tech graph. I even have it right side up. This is Halifax and Toronto in 1951, before the big change in immigration, and you will see they were largely the same cities. If you look after 35 years where the sources of immigration have drastically changed, you find in 1986 Halifax was still the same city in ethnic terms—these are census ethnic data. But if you look at Toronto in 1986 you find that it is significantly changed.

Mr. Chairman, that is just a brief look at some of the major trends the minister referred to. I am sorry I took two minutes more than the 30 minutes that I said, but I will turn it back to you right now.

Mr. Beatty: Mr. Chairman, if I could just add two points, the first is that I recognize that from the point of view of the members of the committee the volume of data we have here—which is of great importance to us—is very difficult to assimilate this quickly. We would be glad to make presentations in any form the committee or colleagues would like. If any of the caucuses would like a presentation of any of these data, it is available to them and we would be pleased to do that in whatever forum your colleagues would like to see it.

Secondly, just touching on the part that is most relevant to the mandate of the committee's investigation, that is the aging of the population and the impact it is going to have on our ability to provide social services and health care services in the future, what it shows is that, first of all, the great fear that so many had that we were going to be finding a reverse of the triangle that we have traditionally thought of, with a small percentage of seniors and a large base of people in the labour force—that was somehow going to be flipped and suddenly all of our social programs and health care systems were going to collapse on us because of the aging of our population—it proves that is not going to happen. We move more into a

[Traduction]

la totalité du siècle, soit en 1901, 1921, 1951, 1981 et 1986 pour les Maritimes, le Québec, l'Ontario et la Colombie-Britannique. Vous pouvez constater que tout au long du siècle, il est rare que la population des gens nés à l'étranger dans les Maritimes dépasse les 5 p. 100. Ce pourcentage n'est pas bien plus élevé au Québec. Si l'on enlève Montréal, le taux retombe aux environs de celui des Maritimes. C'est en Ontario et surtout dans les Prairies et en Colombie-Britannique, que sont allés les immigrants. C'est l'un des grands problèmes. On les trouve encore aujourd'hui dans ces régions.

Il faut que je vous montre ce graphique, qui est une merveille. Comme vous le savez, monsieur le président—je ne passerai pas ce graphique en détail—l'origine ethnique de notre population immigrante a changé considérablement au cours des 20 dernières années. Nous avons de plus en plus d'immigrants du Tiers-Monde et moins d'immigration traditionnelle. Je voudrais simplement vous montrer deux choses. Ce graphique est une merveille de la technique, j'ai même réussi à le mettre à l'endroit. Vous avez ici Halifax et Toronto en 1951, avant les grands changements au niveau de l'immigration et vous voyez qu'en grande partie les villes se ressemblent. Au bout de 35 ans, alors que les sources d'immigration ont changé du tout au tout, vous constatez qu'en 1986 Halifax est restée la même ville sur le plan ethnique—ce sont des données ethniques du recensement. Toutefois, à Toronto, vous voyez qu'en 1986, la situation est totalement changée.

Monsieur le président, c'était-là un bref aperçu des principales tendances dont a parlé le ministre. Je suis désolé d'avoir mis 32 minutes au lieu des 30 prévues, mais je vous rends immédiatement la parole.

M. Beatty: Monsieur le président, j'aimerais ajouter deux choses. Tout d'abord, je me rends bien compte que nous venons de submerger ici de statistiques les membres du comité et que cette quantité de données—qui revêt pour nous une grande importance—est très difficile à assimiler rapidement. Nous nous ferons un plaisir d'en refaire l'exposé sous quelque forme que ce soit aux membres du comité ou à leurs collègues. Si l'un ou l'autre des caucus veut une présentation quelconque, nous sommes à leur disposition et nous sommes prêts à nous rendre pour ce faire dans les lieux qui nous seront indiqués.

En second lieu, pour en revenir au cœur même du mandat de l'enquête du comité, soit le vieillissement de la population et ses conséquences sur notre capacité à fournir des services sociaux et des soins de santé adéquats à l'avenir, nous constatons avant tout que la grande crainte que nous étions si nombreux à entretenir n'a plus lieu d'être. En effet, il n'y a plus de raisons de craindre une inversion de la pyramide, en l'occurrence, que le faible pourcentage de personnes âgées et la forte proportion des gens de la population active s'inverse soudainement et que tous nos programmes sociaux et nos systèmes de soins de santé s'effondrent du fait du vieillissement de la population. Nous voyons plutôt

[Text]

jar-shape of a population with the bulk of the people still in the labour force, with a higher percentage than previously was the case being seniors, and with a lower percentage who are young and out of the labour force.

The other point which the study itself does not get at but which was underscored by the presentation that was made by Dr. Murphy is that the nature of Canada's seniors is changing. And in the committee's work as it looks at what is the impact of having an older population—what is the impact in terms of demand on health care, or upon our ability to pay for social programs—the point we should recognize is that the age of 65 that we use for defining when a person becomes a senior is arbitrary, and the capacities of people who are 65 and older are improving dramatically.

Instead of seeing our seniors population as being a terrible burden that is confronting us, and a terrible threat to our ability to provide programs, we should be looking at them as a resource where increasingly people over the age of 65 will be healthier, more active, more capable, and more interested in contributing both to the social and to the economic development of Canada. Simply to extrapolate from the demands made by a person who is 65 today upon social and health care programs and assume that in the future, if you double that population, the demands suddenly double as well, would be inaccurate. It is important that we take a look at what the nature is of that seniors population as well.

• 1650

The Chairman: Thank you, Mr. Minister, I may have been caught up in the statistics. As I understand it, you have to go in about 10 minutes, and Dr. Murphy has until 2786 to be with us. Is that right? With this in mind, we have time for one question from each of the parties directed to the minister.

Mr. Beatty: I could probably stay until 5.10 p.m. I want to apologize to committee members. I am scheduled to appear before a Cabinet committee I chair on my own item. I will try to be as flexible as possible.

The Chairman: With that in mind, perhaps we could direct questions to the minister in this first round. Dr. Murphy is available to stay with the committee for some time.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): Thank you, Mr. Chairman. I may share my first round with my colleague, because I have to go to debate at 5 p.m.

Mr. Minister, thank you for your presentation. I certainly enjoyed it very much. I would have like to ask a question from your point of view as a minister of the

[Translation]

apparaître une structure évasée, le gros de la population étant toujours la population active, un plus fort pourcentage appartenant à la catégorie des personnes âgées et un plus faible pourcentage étant composé de jeunes n'étant pas encore entrées dans la population active.

L'autre point sur lequel ne s'étend pas l'étude elle-même mais qui a été souligné dans l'exposé de M. Murphy, c'est que la nature de la population âgée au Canada est en train de changer. Lorsque le comité cherchera à savoir quelles sont les répercussions du vieillissement de la population sur le plan de la demande de soins de santé ou de notre capacité à financer les programmes sociaux, il conviendra de ne pas oublier que le seuil de 65 ans que nous utilisons comme entrée dans la catégorie des personnes âgées est arbitraire et que la capacité des gens âgés de 65 ans et plus s'améliore considérablement.

Au lieu de considérer nos personnes âgées comme un poids inutile et une menace pour nos programmes sociaux, il convient d'y voir une ressource, un nombre de plus en plus grand de personnes âgées de 65 ans et plus étant en santé, plus actives, plus valides et d'avantage intéressées à faire leur part pour le développement social et économique du Canada. Ce serait tout simplement une erreur que d'extrapoler à partir des besoins de prise en charge par les programmes sociaux et de soins de santé par une personne âgée de 65 ans aujourd'hui et de partir du principe qu'à l'avenir, si l'on double cette population, ces besoins vont eux aussi doubler. Il est important aussi de tenir compte de la nature de cette population âgée.

Le président: Je vous remercie, monsieur le ministre. Je me suis peut-être laissé absorber par les statistiques. Si je comprends bien, vous devez partir dans 10 minutes et M. Murphy restera parmi nous jusqu'en l'an 2786, est-ce bien cela? Ceci étant dit, nous avons le temps de poser une question chacun si nous voulons l'adresser au ministre.

M. Beatty: Je peux probablement rester jusqu'à 17h10. Je m'excuse auprès des membres du comité, mais je dois comparaître devant un comité du Cabinet que je préside, à ce propos même. J'essaierai de me montrer aussi souple que possible.

Le président: Les choses étant ce qu'elles sont, il serait peut-être préférable d'adresser les questions au ministre lors du premier tour. M. Murphy restera un peu plus longtemps à la disposition du comité.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Monsieur le président, je vous remercie. Je pourrais partager mon premier tour avec mon collègue étant donné que je dois aller à un débat à 17h00.

Monsieur le ministre, je vous remercie de votre exposé. J'en ai beaucoup appris. J'aimerais vous poser une question pour connaître votre point de vue en tant que

[Texte]

government. What do you see as the optimal population for Canada 10 years from now and 25 years from now?

Mr. Beatty: It is a very timely question. The study itself does not address that. The study looks at the ranges of populations that might be open to us and what will happen if we maintain the current fertility rates or adjust the level of immigration. There is no official population level for Canada. As you know, the Province of Quebec is taking a growing interest in the whole issue of family policy and population policy. There is no official policy as to what the optimal population is for Canada.

Most interesting, one chart put up by Dr. Murphy, which is also included in the book, indicates that between the range of 25 million Canadians and 41 million Canadians, there is no apparent relationship between economic prosperity and population level. What he did not put up were charts dealing with the ecology, which show that the strains on economic growth increase after we get over that 41 million level. We begin then to deplete our resources or to damage our water supplies and to do other things that are very costly in economic terms as well as in ecological terms.

The study you have before you is not designed to say that a particular course of action is the best course of action for the country to follow, but rather to present empirical data to Canadians to precipitate discussion. Mrs. McDougall, for example, is embarking on hearings across the country on immigration policy. What should the level of immigration to Canada be? What should be the criteria we use in seeking new Canadians? She will be starting all of these presentations with a presentation from the Demographic Review Secretariat.

Inevitably, part of the debate as we discuss immigration will be: What sort of population do we want to see in Canada? What sort of growth do we want to see? How do we want to achieve it? How do we ensure that it is spread across the country in a particular way? Today there is no official policy of saying that the optimal size for Canada in such and such a year is x people.

Mr. Pagtakhan: I am glad to hear that under 41 million there will be no negative economic restraints. Perhaps you can send that message clearly to the Minister of Immigration. I feel Canada should play a role, not only about itself—of course it has to be concerned about itself—but also of the developing countries. Certainly with the overpopulation in certain countries, a more liberal immigration policy should be adopted by Canada.

Mr. Beatty: The demographic review on one of the other slides answers one of the often-asked questions; that is, are immigrants an economic drain on the economy or

[Traduction]

ministre de ce gouvernement. Quelle doit être selon vous la population optimale du Canada dans dix ans et dans 25 ans?

M. Beatty: C'est une question qui vient à point. L'étude n'en parle pas. L'étude examine les différentes possibilités qui s'offrent à nous quant à la population et ce qui va se passer si nous conservons les mêmes taux de fécondité qu'à l'heure actuelle ou si nous ajustons le niveau de l'immigration. Il n'y a pas au Canada de seuil officiel quant à la population. Vous n'ignorez pas que le Québec s'intéresse de plus en plus à toute cette question de politique familiale et de politique démographique. Il n'y a pas de politique officielle quant au niveau optimal de population pour le Canada.

Il est particulièrement intéressant de constater que l'un des tableaux fourni par M. Murphy, et qui figure aussi dans le document, nous indique qu'entre 25 millions et 41 millions de Canadiens, il n'y a pas de relation apparente entre la prospérité économique et le niveau de la population. Ce qui manque, ce sont les tableaux traitant de l'écologie, qui montrent que la croissance économique commence à s'en ressentir une fois atteint ce seuil de 41 millions. C'est alors que l'on commence à épuiser nos ressources, à remettre en cause nos approvisionnements en eau et à faire bien d'autres choses très coûteuses à la fois sur le plan économique et sur le plan écologique.

L'étude que vous avez devant vous ne vise pas à préconiser pour notre pays tel ou type d'action par rapport à un autre, mais à présenter des statistiques brutes aux Canadiens afin d'alimenter les discussions. M^{me} McDougall, par exemple, s'apprête à tenir des audiences dans tout le pays sur la politique d'immigration. Quel doit être le seuil d'immigration pour le Canada? Quels critères conviennent-il d'employer dans la sélection des nouveaux Canadiens? Elle commencera cette série d'auditions par un exposé du Secrétariat de l'étude démographique.

Inévitablement, les débats sur l'immigration vont porter sur les points suivants: quelle sorte de population voulons-nous pour le Canada? Quel type de croissance souhaitons-nous? Comment y parvenir? Comment s'assurer que la répartition se fait sur tout le pays d'une manière déterminée? À l'heure actuelle, il n'y a aucune politique officielle affirmant que la taille optimale du Canada est fixée selon tel ou tel critère.

M. Pagtakhan: Je suis heureux d'apprendre qu'au-dessous de 41 millions il n'y aura pas d'effet négatif sur l'économie. Il serait peut-être bon que vous fassiez parvenir clairement ce message au ministre de l'Immigration. Je pense que le Canada devrait jouer un rôle, non seulement pour lui-même puisque, bien entendu, il faut qu'il se préoccupe de lui-même, mais aussi pour les pays en développement. Avec la surpopulation que l'on connaît dans certains pays, il est indéniable qu'il faut qu'une politique d'immigration plus libérale soit adoptée par le Canada.

M. Beatty: Une autre diapositive de l'étude démographique répond à une question que l'on se pose souvent, à savoir, si les immigrants sont un fardeau pour

[Text]

do they give an economic boost? The review indicates clearly that our experience to date has been that immigrants give an economic boost to the country.

Mr. Pagtakhan: My second question is what does your department intend to do in terms of making plans for making it more attractive for young couples to have children in order to reverse the decreasing fertility rate?

Mr. Beatty: Doctor, this ties into your first question regarding population policy for Canada. I alluded to the fact that in the province of Quebec there is a population or family policy developing there.

The position taken by the federal government is that it is not the role of government to instruct families on how many children they should have or to say it is either desirable or not desirable to have families of a particular size. Rather, it is our goal to optimize the ability of families to choose for themselves what particular course they want to follow—what size family, and whether or not it is achieved through family planning. It is our goal to ensure there are no social or economic constraints on families who would like to have larger families.

• 1655

It is not our intention at the present time to bring in family targets to encourage families to increase—we believe that is something families should decide for themselves. The data show compellingly that the nature of the family structure is changing dramatically in Canada, and that the need for policies such as child care which are supportive of families and policies which enable women to work inside or outside of the home—policies of this sort will be of growing importance in the future.

Mr. Pagtakhan: The direction, I assume, would be to encourage more parental leave, to have more child benefits and to have truly adequate and universally available child care services—in other words, to remove restraints from those couples who would like to have children, not to mandate the number of children in the family.

Mr. Beatty: Yes, to leave the families to decide for themselves what family size they want. Within that we may find that the Province of Quebec or other jurisdictions may want to maintain population policies which encourage or discourage growth.

Mr. Pagtakhan: Thank you, Mr. Minister.

Mr. Fontana (London East): You indicated that perceptions—or at least Canadian perceptions—about our population, where we are going and what kind of a population we have... Now that we have had some sort of reality presented to us, are you startled by the statistics? In light of what you have learned, do you perhaps feel

[Translation]

l'économie ou, au contraire, un facteur de croissance. L'étude nous indique clairement que l'expérience à montrer que les immigrants était un facteur de croissance économique pour notre pays.

M. Pagtakhan: Dans une deuxième question, je voudrais vous demander ce que votre ministère entend faire pour inciter les jeunes couples à avoir davantage d'enfants, de façon à inverser la baisse du taux de fécondité?

M. Beatty: Monsieur, cela nous ramène à votre première question sur la politique démographique du Canada. J'ai fait allusion au fait qu'une politique démographique ou familiale se met en place au Québec.

Le gouvernement fédéral parle du principe qu'il n'appartient pas au gouvernement de dicter aux familles le nombre d'enfants qu'elles doivent avoir ou de leur dire s'il est souhaitable que les familles soient de telle ou telle taille. Nous cherchons plutôt en faire sorte que les familles aient tous les moyens de décider par elles-même ce qu'elles veulent faire—quelle doit être la taille de la famille et quelle doit être l'intervention de la planification familiale. Nous veillons à ce qu'il n'y ait aucun obstacle social ou économique empêchant les familles d'avoir davantage d'enfants.

Nous n'avons pas l'intention pour l'instant de fixer des cibles pour inciter les familles à avoir plus d'enfants—nous considérons qu'il appartient aux familles d'en décider. Les statistiques nous montrent sans l'ombre d'un doute que la nature de la structure familiale est en train de changer du tout au tout au Canada et que nous avons besoin de politiques concernant la garde d'enfants, par exemple, qui aide les familles ou de politiques permettant aux femmes de travailler chez elles ou à l'extérieur. Les politiques de ce type prendront de plus en plus d'importance à l'avenir.

M. Pagtakhan: Il s'agit, j'imagine, de favoriser les congés parentaux, d'augmenter les prestations pour enfants et de faire en sorte que l'on dispose de services de garde d'enfants d'accès universel et bien adapté, autrement dit, de lever les obstacles qui empêchent les couples d'avoir davantage d'enfants et non de dicter le nombre d'enfants que doit comporter une famille.

M. Beatty: En effet, il s'agit de laisser aux familles le soin de décider d'elles-même du nombre d'enfants qu'elles veulent. Dans ce cadre, il se peut que le Québec ou d'autres provinces souhaitent adopter des politiques démographiques favorables ou défavorables à une croissance.

M. Pagtakhan: Je vous remercie, monsieur le ministre.

M. Fontana (London-Est): Vous avez parlé de perceptions, ou du moins de la façon dont les Canadiens percevaient notre population, ce qui nous attend, le type de population qui est la nôtre... Aujourd'hui que nous disposons de données tangibles, êtes-vous étonné par les statistiques? Compte tenu de ce que vous avez appris, avez-

[Texte]

that some of the policies, either in place or contemplated, are going contrary to what you now see before you?

Mr. Beatty: I find the figures very heartening. I think members of the committee should see the results of the demographic review as being very encouraging. A number of us had fears about what was happening to Canadian society—that we would shrink and disappear, that there would be a dramatic decrease in the population of Quebec relative to the rest of the country, or that we would age so dramatically we would not be able to pay for social programs.

The demographic review shows us that there are very powerful trends taking place in society which will require us to adjust policy as we go along—for example, to look at policies related to mandatory retirement, child care and a whole range of other areas. We have the time and the economic capacity to do both, so I think it is a very heartening document for anybody involved in planning.

The other thing is that for the first time during the 17 years I have been in government, we have a data base which is very complete and which gives us a very good idea of what these powerful forces taking place in our society are. As a planning document for all of us it will be exceptionally useful.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): I have a couple of questions dealing with the amount of money which is and will be available for health care in the future. This only peripherally relates to what we heard today, and perhaps just confirms the minister's comment that these numbers are hard to absorb in one go. But I think I have the gist of what is taking place.

My first question has to do with EPF and my second has to do with funding for AIDS. I have another separate question, if I have time.

During the time of your government, we have seen a reduction in the percentage increase of EPF transfers to the provinces, and bearing in mind inflation, that means real cuts to the provinces. These cuts over the next seven or eight years are going to amount to some \$23 billion for health care. Mr. Wilson is now talking, as you know, about more cuts to the provinces for health care. With regard to the GST, the medical association has said it will increase the cost of health care, so we see health care hit both ways, both in terms of reductions in funds and increases in costs. I wonder if you could indicate, Mr. Minister, what you have done to protect our health care system and perhaps indicate to what you attribute your lack of success in ensuring continued adequate funding for our health care system in the future.

[Traduction]

vous l'impression que certaines des politiques, existantes ou en projet, vont à l'encontre de ce qui vous est présenté ici?

M. Beatty: Je trouve les chiffres très encourageants. Les membres du comité devraient à mon avis considérer les résultats de cette étude démographique comme étant très encourageants. Nous étions un certain nombre à entretenir des craintes sur ce qui allait se passer dans la société canadienne—nous avions peur de rétrécir et de disparaître, nous craignons que la population du Québec perde énormément de terrain par rapport au reste du pays ou que le vieillissement de notre population soit si prononcé qu'il devienne impossible de financer les programmes sociaux.

L'étude démographique nous révèle l'existence de courants très puissants au sein de notre société auxquels il faudra nous adapter au fur et à mesure en adaptant, par exemple, des politiques liées à la retraite obligatoire, à la garde des enfants et à différents autres domaines. Nous disposons du temps nécessaire et nous avons la capacité économique pour y parvenir et je pense donc que c'est là un document très encourageant pour tous ceux qui font de la planification.

Il faut aussi mentionner le fait que pour la première fois, au cours de mes 17 ans de carrière au gouvernement, nous disposons d'une base de données réellement exhaustives qui nous permettent de nous faire une très bonne idée de la nature de ces courants très puissants qui parcourent notre société. En tant que document de planification, cette étude se révélera extrêmement utile à chacun d'entre nous.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): J'aimerais vous poser une ou deux questions sur les sommes d'argent qui seront affectées aux soins de santé à l'avenir. Cette question ne se rattache qu'accessoirement à ce que nous avons entendu aujourd'hui, ce qui confirme probablement ce que vient de nous dire le ministre au sujet de la difficulté d'absorber toutes ces statistiques. Je pense toutefois que j'ai compris l'essentiel de ce qui se passait.

Ma première question porte sur le FPE et la deuxième sur les crédits affectés au SIDA. J'aimerais poser une troisième question, si j'en ai le temps.

Au cours de la période pendant laquelle votre gouvernement a été au pouvoir, nous avons assisté à une diminution relative des transferts FPE accordés aux provinces et, compte tenu de l'inflation, cela correspond à des réductions budgétaires en termes réels pour les provinces. Ces compressions budgétaires, au cours des sept ou huit prochaines années, vont se monter à quelque 23 milliards de dollars pour les soins de santé. Comme vous le savez, M. Wilson envisage à l'heure actuelle d'autres réductions pour les provinces au titre des soins de santé. Quant à la TPS, l'Association des médecins a déclaré qu'elle allait faire augmenter le coût des soins de santé et l'on voit donc que ce secteur est doublement frappé, à la fois par une réduction des crédits et par une augmentation des coûts. Pourriez-vous nous dire,

[Text]

• 1700

Mr. Beatty: Mr. Chairman, I do not think Mr. Axworthy was here when Mr. Trudeau was Prime Minister, but I remember that he usually challenged the premises of such leading questions, and I might do the same thing. I do not accept that there has been a lack of success. In fact, we have found that transfers under EPF have continued to grow. The point that needs to be made is that what has been slowed is the rate of increase in transfers under EPF to the provinces.

If you look at all areas of government spending, Mr. Chairman, and this is an issue that is very much in the public mind today, Canadians are asking what the federal government has been doing in terms of controlling program spending. The answer is that in areas of program spending, we have been quite successful. The one area which has increased dramatically year over year has been transfers to the provinces, which have increased in recent years to the rate of over 6% per annum. I think Canadians recognize that fact. EPF continues to increase. It increases this year. It increases faster than the consumer price index does, and we believe the federal government is making an important contribution there.

Secondly, one of the points that is made by provincial ministers of health is that if one takes the approach that to deal with problems in health care the appropriate way is simply to continue to pump more money into the machinery as opposed to asking fundamental questions about how we deliver high quality service, we will never be able to meet all of the demand there is in the system.

One of the issues that came up when I met with provincial colleagues last week was how we could work together to ensure quality of output in terms of what we are doing and taking fundamental planning decisions. For example, it is important that we as Canadians take decisions in the health promotion field as to whether it is better for us, if we had \$2 million, to put it into new treatment facilities for people once they have cancer or into preventing young people from taking up smoking. I think a major part of the challenge for this committee and for Canadians as a whole in the future is to look at how we are using that money that is spent on health care and whether we are using it in the most efficacious way.

[Translation]

monsieur le ministre, ce que vous avez fait pour protéger notre système de soins de santé et éventuellement à quoi vous attribuez le peu de succès que vous avez rencontré pour garantir un financement adéquat de notre système de soins de santé pour l'avenir.

M. Beatty: Monsieur le président, je ne pense pas que M. Axworthy y était déjà lorsque M. Trudeau était premier ministre, mais je me souviens que ce dernier avait l'habitude de dénoncer ce genre de questions biaisées et je suis tenté de faire comme lui. Je n'admets pas que l'on puisse dire que nous avons rencontré peu de succès. Nous constatons en fait que les transferts effectués au titre des FPE ont continués à progresser. Il faut bien comprendre que c'est le rythme de progression des transferts au titre de FPE consentis aux provinces qui a ralenti.

Sur la question des dépenses du gouvernement, monsieur le président, et c'est une question qui préoccupe particulièrement aujourd'hui l'opinion publique, il faut voir que les Canadiens demandent au gouvernement fédéral ce qu'il a fait pour contrôler ses dépenses de programme. La réponse que nous pouvons donner, c'est que sur ce plan-là nous avons assez bien réussi. Le seul domaine dans lequel nous avons enregistré une forte progression d'une année sur l'autre, c'est celui des transferts aux provinces, qui ont augmentés ces dernières années de 6 p. 100 par an. Je pense que les Canadiens s'en rendent compte. Le FPE continue à augmenter. Il augmente chaque année. Il augmente plus vite que l'indice des prix à la consommation et nous considérons que le gouvernement fédéral joue un rôle important dans ce domaine.

En second lieu, les ministres provinciaux de la santé font par ailleurs remarquer que si l'on se contente d'aborder les problèmes de santé en alimentant constamment la pompe à finance sans se poser la question fondamentale de savoir ce qu'il faut faire pour fournir des services de qualité, nous ne parviendrons tout simplement jamais à satisfaire toutes les demandes.

Lorsque j'ai rencontré mes homologues provinciaux l'année dernière, nous nous sommes interrogés sur la façon dont nous pouvions collaborer afin de garantir la qualité du produit et prendre des décisions de planification fondamentales. Ainsi, il est important pour nous, Canadiens, de décider, dans le domaine de la promotion de la santé, s'il est préférable, à partir du moment où nous avons 2 millions de dollars, de les consacrer à la mise en place de nouvelles installations de traitements des gens qui ont le cancer ou à une campagne de prévention incitant les jeunes à arrêter de fumer. Je pense que l'un des grands défis lancé aux membres de ce comité et au Canada tout entier, est d'étudier la façon dont nous dépensons l'argent consacré aux soins de santé et de savoir si nous l'employons de la façon la plus efficace.

[Texte]

Last week, in conjunction with the provinces, we announced a new co-ordinating centre for the assessment of technology in Canada. Ministers also talked amongst themselves about ways of generating a better statistical data base as to what medical activity is taking place across the country, so we can determine whether there are regional variations in that and whether wise decisions are being made.

Mr. Axworthy: Thank you. I am certainly heartened by the beginnings of a more planned approach, or perhaps a more co-ordinated approach is a better way of referring to it.

Perhaps I could go on to my question dealing with AIDS funding, because I think it does relate to the same sort of question. I certainly agree that prevention is a more useful way of funding the health care system if it is going to take time to make the switch from more treatment to more prevention. It is certainly a useful step to make. But with regards to our funding of AIDS and our AIDS strategy, bearing in mind that prevention is such an important aspect, we really have not gone very far in ensuring that we have a strategy across the country which will work. In fact, neither do we spend very much money on it. As you know, Mr. Minister, we spend about one-quarter per capita of what Australia spends on an AIDS strategy over the next four or five years, and it does not appear that you are suggesting any new money on top of the \$129 million or so.

Mr. Beatty: When I hear the question, I want to pick up on this premise as well.

Mr. Axworthy: No matter what strategy we have for AIDS—I understand the process is going along, and I have been involved in that with the ad hoc committee—if we do not have sufficient funds, then we will not win the fight against AIDS. Clearly, Canadians will get AIDS who otherwise would not, and Canadians will die from AIDS who otherwise would not. I wonder then if you could comment on the government's commitment financially and otherwise to the fight against AIDS, and why it has not matched up, for example, to some developments in other countries.

Mr. Beatty: I am glad you came back to that, because that was precisely the point I wanted to pick up on. It obviously depends on how you account for the money in the system.

• 1705

I believe if you look at the Australian strategy, one of the things you will find is that they are accounting for money that is transferred to the states to provide for services to people who have contracted the disease. Prior to the development of any national strategy or prior to the announcement of a federal policy of \$168 million on

[Traduction]

La semaine dernière, en collaboration avec les provinces, nous avons annoncé la création de nouveaux centres de coordination chargés d'évaluer les techniques employées au Canada. Les ministres ont discuté entre eux des moyens de disposer de meilleures données statistiques sur la façon dont les différentes activités médicales se déroulent à l'échelle du pays afin que nous puissions déterminer les écarts régionaux et prendre des décisions en toute connaissance de cause.

M. Axworthy: Je vous remercie. Je me félicite, croyez moi, de voir les débuts d'une approche plus planifiée, ou peut-être devrait-on parler d'une approche plus coordonnée.

Je pense qu'il me faut en venir à ma question sur les crédits consacrés au SIDA, parce que je pense que la question est liée. Je suis bien sûr d'accord avec vous que la prévention est le meilleur moyen de financer le système de soins de santé lorsqu'on a le temps de passer d'une intensification du traitement à une intensification de la prévention. Cette démarche est de toute évidence excellente. Toutefois, en ce qui a trait aux crédits que nous consacrons à la lutte contre le SIDA lorsqu'on connaît l'importance de la prévention, on s'aperçoit que l'on a pas fait grand-chose pour nous doter d'une stratégie efficace à l'échelle nationale. D'ailleurs, on y consacre pas non plus beaucoup d'argent. Comme vous le savez, monsieur le ministre, nous allons dépenser environ quatre fois moins d'argent par habitant que l'Australie pour lutter contre le SIDA au cours des quatre ou cinq prochaines années et il ne semble pas que vous proposiez d'autres crédits que les quelques 129 millions de dollars déjà prévus.

M. Beatty: En entendant votre question, j'ai là encore envie d'en dénoncer les prémisses.

M. Axworthy: Quelle que soit la stratégie que nous adoptions contre le SIDA—je sais que le processus est en cours et j'y ai participé par l'entremise du comité spécial—si nous n'avons pas suffisamment de crédits, nous ne pourrons pas lutter contre le SIDA. A n'en pas douter, il y a davantage de Canadiens qui contracteront le SIDA et il y a davantage de Canadiens qui en mourront. Pouvez-vous nous donner vos commentaires au sujet des engagements financiers, et autres, du gouvernement dans la lutte contre le SIDA et dire pourquoi il n'a pas fait autant d'efforts que d'autres pays, par exemple.

M. Beatty: Je suis heureux que vous soyez revenu sur le sujet, car c'est justement le point que je voulais soulever. Tout dépend, bien évidemment, de la façon dont vous comptabiliser les crédits injectés dans le système.

Si vous considérez la stratégie australienne, une des choses que vous pourrez constater, c'est que l'on comptabilise l'argent transféré aux États pour fournir des services aux gens qui ont contracté la maladie. Avant l'adoption d'une stratégie nationale ou l'annonce de la politique fédérale prévoyant des crédits de 168 millions de

[Text]

AIDS, we were already, through EPF, transferring money to the provinces to pay for AIDS. The \$168 million, which presumably you were referring to when you were trying to make the comparison with Australia, is new money in addition to all the other activities we had in place.

You make the point that we can always use more money for AIDS. I agree entirely. We can also always use more money for cystic fibrosis, always use more money for cancer, always use more money for every single disease that threatens Canadians. No matter how much money we are able to find within the system, more would always be helpful, clearly.

That really highlights the point that no matter how much money we have, it is going to be vital that we have a strategy which says, okay, let us take a look at the national resources we are consecrating as a country to the fight against this disease, and how do we use that money most effectively? How do we prevent duplication? How do we ensure that in research we are targeting those areas which are most cost-beneficial? How do we ensure we are all pulling on the oars in the same direction, we are not working in education at cross-purposes with one another? How do we ensure we are covering off areas that may be falling through right now and being missed?

For example, one of the areas where we have had considerable success is within the gay community. They are very well organized and very highly motivated in getting information out. There is obviously more that needs to be done. But if you compare that with the difficulties of reaching intravenous drug users... you do not have the infrastructure there to reach them. The national strategy is designed to wrestle with issues like this, to ask how we can target specific population groups that may be particularly at risk and get to them more effectively.

In addition to the \$168 million announced in the five-year plan, there is other money. We are paying money today under EPF. Money is being given in medical research outside of those funds, looking at AIDS. There may be other initiatives we will be taking, with haemophiliacs, for example, and others who have contracted AIDS through the blood system, outside of the money designated specifically for AIDS, which will clearly be going in to assist people who have contracted the disease.

I think what you will find is that significant amounts of money are being targeted there, but because there is never enough money to deal with any disease, as long as the disease exists, the need for concerted action and for co-ordination has never been more urgent than it is today.

[Translation]

dollars pour le SIDA, nous faisons déjà, par l'intermédiaire du FPE, un transfert d'argent en faveur des provinces pour financer la lutte contre le SIDA. Ces 168 millions de dollars, auxquels j'imagine vous vous référez en essayant de faire une comparaison avec l'Australie, sont des nouveaux crédits venant s'ajouter à tout ce dont nous disposons déjà.

Vous nous dites que l'on pourrait consacrer davantage d'argent à la lutte contre le SIDA. Je suis tout à fait d'accord avec vous. On pourrait aussi consacrer davantage d'argent à la lutte contre la fibrose kystique, contre le cancer, contre toutes les maladies qui affectent les Canadiens. Quelles que soient les sommes d'argent qui sont déjà prévues au sein du système, il serait bien entendu toujours bon d'en consacrer davantage.

Voilà qui nous montre bien que quel que soit l'argent dont nous disposons, il est essentiel d'avoir une stratégie qui nous permettant de considérer l'ampleur des ressources nationales que nous consacrons à la lutte contre telle ou telle maladie et de nous demander si cet argent est bien utilisé. Voulons-nous éviter les doubles emplois? Voulons-nous nous assurer que la recherche est bien orientée dans les secteurs où elle se révélera la plus rentable? Comment s'assurer que nous regardons bien tous dans la même direction et que nous ne poursuivons pas des objectifs d'éducation contradictoires? Comment s'assurer que l'on couvre tous les secteurs et que l'on n'oublie rien?

Ainsi, nous avons obtenu d'excellents résultats dans la communauté homosexuelle. Cette communauté est bien organisée et les gens veulent être informés. Bien évidemment, on pourrait toujours en faire davantage. Mais si l'on considère à titre de comparaison les difficultés que l'on rencontre pour entrer en contact avec les utilisateurs de drogue par voie intraveineuse... il n'y a là aucune infrastructure. La stratégie nationale vise à régler les questions comme celles-là, à se demander comment identifier les groupes de population à risque bien précis et entrer en contact plus efficacement avec eux.

Il y a d'autres crédits que les 168 millions de dollars annoncés dans le cadre du plan quinquennal. Nous versons de l'argent à l'heure actuelle au titre du FPE. Nous versons de l'argent au titre de la recherche médicale en dehors de ces crédits, pour lutter contre le SIDA. Il y a éventuellement d'autres initiatives que nous allons prendre, au sujet des hémophiles, par exemple, et d'autres personnes ayant contracté le SIDA lors d'une transfusion de sang, en plus des crédits spécialement prévus pour lutter contre le SIDA, qui seront directement affectés aux gens ayant contracté la maladie.

Je pense que vous pouvez constater que de gros montants d'argent sont effectivement prévus dans ce domaine mais, comme on a jamais suffisamment d'argent pour lutter contre les diverses maladies, tant que cette maladie existera, nous aurons surtout besoin d'actions concertées et de coordination.

[Texte]

Ms Greene (Don Valley North): Just hearing about this study on a national basis makes me think how irrelevant it is to my particular riding, because we exceeded all your statistics a long time ago. It is 45% immigrant, the single parents are way up, and so on. When you look at it, the geographical impact of immigration is pretty limited across the country. The major centres have a very different problem from the problem of the regions. As a national organization... My thought is surely there should be more analysis and thought to the areas that are affected by immigration.

Mr. Beatty: The answer is that there is. What you have seen with what could be presented to the committee today is the very tip of the iceberg.

Dr. Murphy, if called upon to present further on this, will make the point that the data we have presented today deal more or less with the national effects of immigration. You will recall the slides he presented on the comparison between Halifax and Toronto. Immigration in Canada is going primarily into Toronto—

Ms Greene: Sixty percent!

Mr. Beatty: —Montreal, Vancouver, and secondly into Edmonton, Calgary, Winnipeg. What you find, then, is that while in an overall context the effect of immigration may be not dramatic, as you look at specific regions of the country the impact is very dramatic.

• 1710

Where using the demographic review as a planning tool will be useful for say the city of Toronto is in taking a look at the concentration of new Canadians going into Toronto, which poses challenges in the fields related to health care, education, child care, and the whole range of social and economic services that are provided. This sort of data has been generated by the demographic review, but in the time available today Dr. Murphy was only able to touch on some of the key data.

Ms Greene: Even in the Metro Toronto region there are immigration settlement areas, such as in North York, in the Jane-Finch corridor, my corridor, and the Don Mills Road corridor. The percentages in North York are way above the city of Toronto now, and in the outlying regions—and these are people who have been in Canada for a while who finally found out that housing is cheaper out there and are established.

Mr. Beatty: I cannot promise you that we will go that deeply into census tracks that within Toronto we would be able to afford to do studies of that depth. I think you will find that specific federal agencies may want to look at specific aspects of that, or the provincial and municipal agencies will.

[Traduction]

Mme Greene (Don Valley-Nord): Votre étude nationale me fait prendre conscience de l'inanité de ces chiffres pour mon comté où nous avons dépassé il y a bien longtemps les seuils statistiques que vous relevez. Il y a 45 p. 100 d'immigrants, les familles monoparentales sont de plus en plus nombreuses, etc. Lorsqu'on se penche sur les chiffres, on constate que la répartition géographique de l'immigration est très limitée à l'échelle du pays. Les grands centres n'ont pas du tout le même problème que les régions. En tant qu'organisation nationale... Je me dis que l'on devrait tout de même consacrer davantage d'analyses et réfléchir davantage aux régions touchées par l'immigration.

M. Beatty: En effet, il y a de grandes disparités. Ce que vous avez pu voir au cours de la présentation d'aujourd'hui au comité, ce n'est que la pointe de l'iceberg.

Si on lui demande de faire d'autres présentations, M. Murphy vous dira que les données que nous vous avons fournies aujourd'hui ont trait plus ou moins aux effets nationaux de l'immigration. Rappelez-vous les diapositives que vous nous avez présentées pour faire une comparaison entre Halifax et Toronto. L'immigration au Canada se fait surtout à Toronto...

Mme Greene: Soixante pour cent!

M. Beatty: ... À Montréal, Vancouver et ensuite à Edmonton, Calgary et Winnipeg. On s'aperçoit alors que si à l'échelle nationale l'immigration n'a pas un impact considérable, il n'en est pas de même lorsqu'on examine des régions bien précises.

L'étude démographique sera un bon outil de planification pour la ville de Toronto, par exemple, pour examiner la question de l'afflux des nouveaux arrivants, qui pose des défis dans le domaine des soins de santé, de l'enseignement, de la garde d'enfants et de toute la gamme de services sociaux et financiers qui sont dispensés. L'étude démographique met à notre disposition ce genre de statistiques mais, dans le temps qui nous a été imparti, M. Murphy n'a pu qu'effleurer certaines données statistiques de grande importance.

Mme Greene: Même dans la communauté urbaine de Toronto, il y a des poches d'immigration telles que North York, le couloir Jane-Finch, le mien, et le couloir de la route de Don Mills. Les pourcentages à North York sont bien supérieurs aujourd'hui à ceux de la ville de Toronto et, dans les régions environnantes—il y a des gens qui sont établis au Canada depuis un certain temps et qui s'aperçoivent enfin de compte que le logement y est meilleur marché et qui s'y installent.

M. Beatty: Je ne peux vous assurer que nous puissions approfondir suffisamment la question du recensement pour pouvoir faire des études de cette précision à l'intérieur de Toronto. Vous vous apercevrez, à mon avis, que certains organismes fédéraux bien précis voudront faire une étude plus détaillée sur certains points, et ce sera

[Text]

Ms Greene: I think about things like the day care policy. I think it is absolutely critical in certain areas of the country where there is no option. When everybody is working you do not have anybody left to look after children and the day care centre becomes something that is essential.

Mr. Beatty: The child care initiatives fund is designed to provide funding for—

Ms Greene: We did not get any money from the child initiatives fund in Metro. There is no money for the child care initiatives fund for anything in Metro because ours are all established day care services.

Mr. Beatty: That is not so. It is not that there is no money for—

Ms Greene: We had no new initiatives. We had all the initiatives before. We need funding for more spaces with the 6,000 people on the waiting list, and so on.

Mr. Beatty: We also, in some cases, need research, the sort of research you were talking about, and that is the sort of thing the child care initiatives fund is designed to help out.

Ms Greene: I think we have done our research. We have the system and—

Mr. Beatty: I am sorry, I thought you were being critical that the demographic review did not include that research.

Ms Greene: No. We need money for these programs that are federally funded programs, that are being dealt with on a national basis instead of a—

Mr. Beatty: Dr. Murphy cannot help you there. I am sorry, I thought you were criticizing the methodology of the study and saying that—

Ms Greene: No. I am just wondering in terms of a tool for federal policy. If you think on national terms about some of these issues you might as well not think at all, because the country is so diverse in its needs and many areas are so different. The immigration one, as well as the single-parent one, is very critical in certain high employment areas where anybody who is able to work does. I looked at my census statistics, done in 1985, and 1% of the families did not have a person working, including senior citizens. So it is a very different situation.

Mr. Beatty: We will just have to agree to disagree. I think it is an exceptionally useful working tool.

The understanding that Dr. Murphy communicated throughout is that there are significant regional variations

[Translation]

aussi le cas de certains organismes provinciaux ou municipaux.

Mme Greene: Je pense à des choses comme la politique des garderies. Je considère que c'est absolument essentiel dans certaines régions du pays où les gens n'ont aucun choix. Lorsque tout le monde travaille dans un foyer et qu'il n'y a personne pour garder les enfants, la question des garderies devient essentielle.

M. Beatty: Le fonds consacré aux initiatives en matière de garderie vise à fournir des crédits pour. . .

Mme Greene: Nous n'avons obtenu aucun crédit de ce fonds à l'intérieur de la communauté urbaine. Aucun crédit n'est prévu pour les initiatives en matière de garderie ou pour des choses comme ça dans la communauté urbaine parce que nos services sont tous des services de garderie établis.

M. Beatty: Ça ne se passe pas comme ça. Ce n'est pas qu'il n'y ait pas de crédit pour. . .

Mme Greene: Il n'y a pas eu de nouvelles initiatives. Toutes nos initiatives, nous les avons eues avant. Nous avons besoin d'argent pour créer davantage de places dans les garderies alors que nous avons 6,000 personnes en attente, etc., etc.

M. Beatty: Dans certains cas, nous avons aussi besoin de faire des recherches, type de recherche dont vous avez parlé, et c'est là le genre de choses que le fonds prévu pour les initiatives en matière de garderie vise à favoriser.

Mme Greene: Je pense que nous avons fait nos recherches. Nous avons un système et. . .

M. Beatty: Excusez-moi, mais je pensais que vous critiquiez le fait que l'étude démographique n'a pas inclus cette recherche.

Mme Greene: Non. Nous avons besoin d'argent pour ces programmes qui sont financés par le fédéral, qui opèrent dans un cadre national et non. . .

M. Beatty: M. Murphy ne peut vous aider sur ce point. Je suis désolé, mais je pensais que vous critiquiez la méthode de l'étude en disant. . .

Mme Greene: Non. Je m'interrogeais simplement sur les moyens à donner à une politique fédérale. Si vous abordez ces questions sous un angle national, mieux vaut ne plus y penser, étant donné la grande diversité des besoins selon les régions du pays. La question de l'immigration ainsi que celle des familles monoparentales ont une importance cruciale dans certaines régions de plein emploi où tous ceux qui sont en mesure de travailler le font. J'ai consulté mes statistiques du recensement effectué en 1985 et j'ai pu voir que 1 p. 100 des familles ne comptait aucun membre qui travaille, personnes âgées y comprises. La situation est donc très différente.

M. Beatty: Nous ne pouvons que nous inscrire en faux. Je pense que c'est là un outil d'une utilité exceptionnelle.

Ce qu'a fait comprendre M. Murphy dans toute cette étude, c'est qu'il y a de grandes disparités régionales à

[Texte]

within the country where in providing a service which may be targeted at a specific area you would have to do much more extensive research, much more focused research. But as we look at issues related to immigration, to health care, to the effect of aging on social programs, and so on, I think it is absolutely essential.

And indeed, as we look at child care, what it points out, if you look at these broad statistics across the country, is the nature of the Canadian family is changing, and changing dramatically, and that the demand for child care can be expected to continue to grow in Canada. I think it supports the point you are trying to make, that the pressures are there and they are growing. Now, they may be even stronger in some areas than in others. I fully accept that. But as a planning tool it will be absolutely vital for us.

Mr. Halliday (Oxford): I have a comment first. The minister and Dr. Murphy have been a bit like blockbusters to us today. The minister has bashed away at about four or five myths, and we will have to take a look at those. Dr. Murphy has given us these statistics. The changes in demography are most challenging to us. And Mr. Minister, you have also told me that in two or three years when I get to be 65 I will not be old any more, which is good news.

Mr. Beatty: Dr. Halliday, you keep on demonstrating that to us.

• 1715

Mr. Halliday: I want to get back to the subject of the funding, because I have some concerns there. We have heard mostly percentages, and they are of interest. I am concerned about absolute numbers as well.

You or one of your staff can correct me if my assumption is wrong, but I seem to recall a figure saying consumption of health care in the over-age-65 group, either in dollars or in numbers, is six times that of the age group under 65. I would stand corrected, because it is my memory.

Mr. Beatty: Dr. Glynn may have the information, or could get it.

Mr. Halliday: Assuming it is significantly more, and I seem to recall the figure "six times", and assuming our population over 65 is, according to the Economic Council of Canada, just under 3 million, in 20 years it is going to almost double to almost 5 million. That is not very long. Assuming also that the degenerative diseases cause line-ups at hospitals, as they do now, and we cannot get people in for hip replacements or kidney transplants or eye cataracts for months, I worry about how we are possibly

[Traduction]

l'intérieur du pays et que si l'on a l'intention de fournir un service dans une région donnée, il sera nécessaire de faire des recherches plus approfondies, plus détaillées. Toutefois, quand on examine les questions ayant trait à l'immigration, aux soins de santé, aux répercussions du vieillissement sur les programmes sociaux, etc., je pense qu'il s'agit là d'un outil absolument essentiel.

Enfin, lorsqu'on examine la question de la garde des enfants, on nous fait remarquer dans cette étude qu'au vu des statistiques de l'ensemble du pays, du fait que la nature de la famille canadienne évolue, et évolue considérablement, on peut s'attendre à ce que la demande de garderies continue à augmenter au Canada. Je pense que cette étude va dans le même sens que ce que vous essayez de nous dire, qu'il y a des pressions de plus en plus fortes. Bien sûr, il se peut que les pressions soient encore plus fortes dans certaines régions que dans d'autres. J'en conviens. Cela n'empêche pas que cet outil de planification soit pour nous absolument essentiel.

M. Halliday (Oxford): Je ferai tout d'abord un commentaire. On peut dire qu'aujourd'hui, le ministre et M. Murphy ont agi comme des révélateurs. Le ministre a démolé quatre ou cinq mythes bien établis et il nous faudra réexaminer nos conceptions. M. Murphy nous a communiqué des statistiques concernant l'évolution démographique qui supposent de nombreux défis à relever. Pour finir, monsieur le ministre, vous venez de m'apprendre que dans deux ou trois ans, lorsque j'aurai atteint l'âge de 65 ans, je ne serai plus vieux, ce qui est une bonne nouvelle.

M. Beatty: Docteur Halliday, vous nous en donnez tous les jours la preuve.

M. Halliday: Permettez-moi d'en revenir au financement, question qui me préoccupe un peu. On a surtout parlé jusqu'ici de pourcentages, ce qui n'est pas sans intérêt, mais j'aimerais également qu'on évoque les montants.

Corrigez-moi si mon hypothèse est fautive, mais j'ai en tête un chiffre indiquant que les soins médicaux destinés aux personnes de plus de 65 ans sont six fois plus importants que pour les personnes de moins de 65 ans. Je ne me souviens pas s'il s'agit de montants ou du nombre des interventions et je vous demande de bien vouloir me corriger si mon souvenir est inexact.

M. Beatty: M. Glynn pourrait sans doute vous le dire, ou pourra, du moins, obtenir le renseignement.

M. Halliday: Il est possible que mes chiffres soient nettement inférieurs à ce qu'il en est effectivement mais j'ai en tête l'expression «six fois plus». A l'heure actuelle, d'après le Conseil économique du Canada, les personnes de plus de 65 ans sont un peu moins de trois millions mais leur chiffre devrait atteindre presque cinq millions dans les 20 prochaines années, c'est-à-dire dans pas très longtemps. Si l'on suppose que les maladies de dégénérescence entraînent l'encombrement des hôpitaux,

[Text]

going to manage a doubling of the over-age-65 group in 20 years.

The two thrusts you are suggesting are a little bit less than realistic. You mentioned we have to look at the delivery of health services. Some 18 or 19 years ago, your predecessors and the provincial minister did the very same study. They looked at the delivery of health care vis-à-vis community health centres, and we have not seen much come from it. Maybe we are going to be in the same boat in another 20 years.

Secondly, you talked about the importance of health promotion. Those concepts are not new. When I was in medical school 40 years ago, one department was called the department of hygiene and preventive medicine. Preventive medicine is not a new idea.

You mentioned smoking. Getting rid of it will certainly lead to a better quality of life, but I submit it is going to lead to people who would have died at 40 with a heart attack living to develop a degenerative disease requiring a hip transplant, or cataract surgery, or kidney transplants, or any of those things that take a lot of money and a lot of hospital bed time. So my concern is we are not going to change Alzheimer's disease. It is going to take all sorts of patient-days in hospital, unless we argue that we are going to have more community services. That is going to cost money as well, because the notion of a few years back that you could put people out into the community without much of a support system just does not work.

Cost is of great concern to me, and I hope to this committee. I am not yet convinced what we have heard together is going to help us in 20 years in looking after almost double the population. By 2030, in 40 years, it is going to be 10 million people, not the 3 million we have now. It is the absolute numbers I am worried about. If our hospital beds are filled now, how are they going to be in 20 years, with almost double the old folks?

Mr. Beatty: Obviously we are going to have to continue to build facilities. One of the things Dr. Murphy's presentation shows, even maintaining present fertility rates and present immigration rates, is the population of Canada continuing to grow up to 31 million before peaking. It means that if we were to maintain current levels of utilization of health care services, we would have to continue to provide new services.

[Translation]

comme c'est déjà le cas aujourd'hui, puisque les patients doivent parfois attendre des mois avant de pouvoir obtenir une prothèse de la hanche, ou une greffe du rein ou se faire opérer de la cataracte, comment allons-nous pouvoir faire face au doublement de la population des plus de 65 ans au cours des 20 prochaines années.

Les deux prémisses que vous avancez ne me semble pas tout à fait correspondre à la réalité. D'après vous, il nous faut nous pencher sérieusement sur les prestations de santé. Il y a quelque 18 ou 19 ans, vos prédécesseurs et le ministre provincial en étaient arrivés aux mêmes conclusions. Ils s'étaient penchés sur les prestations de santé dans le cadre des centres médicaux communautaires, mais je ne vois pas très bien ce que tout cela a donné. Peut-être que dans 20 ans nous en serons toujours là.

Vous avez également évoqué l'importance de l'hygiène publique. Cette idée n'est pas neuve car lorsqu'il y a 40 ans je faisais ma médecine, il y avait déjà des cours d'hygiène et de médecine préventive. C'est dire que la médecine préventive n'est pas une idée nouvelle.

Vous avez également parlé de la cigarette. Il est bien évident qu'en éliminant la cigarette on pourrait améliorer la santé de la population, mais ces gens qui seraient morts à 40 ans des suites d'une crise cardiaque vivront alors assez longtemps pour faire une maladie de dégénérescence nécessitant une prothèse de la hanche, une opération de la cataracte ou une greffe du rein. Or tout cela, comme vous le savez, coûte très cher et exige un séjour prolongé à l'hôpital. Je crains que l'on ne parvienne pas à enrayer les ravages de la maladie d'Alzheimer. Tout cela exige de longs séjours à l'hôpital à moins, bien sûr, que l'on ne propose une augmentation des services communautaires. Et même cela coûtera très cher car nous savons maintenant qu'on ne peut pas, comme on le croyait il y a quelques années, laisser ces patients en consultation externe sans implanter, à leur intention, une structure de soins et d'accueil.

Le coût des dépenses médicales me préoccupe vivement et j'espère que les membres de ce comité partagent mon inquiétude. Je ne suis pas persuadé que les idées qui ont été évoquées ici vont nous permettre de faire face au doublement, dans les 20 prochaines années, du nombre de personnes exigeant des soins médicaux. D'ici l'année 2030, c'est-à-dire dans 40 ans, cette population devrait atteindre les 10 millions, contre trois actuellement? Ce sont les chiffres qui m'inquiètent beaucoup. Si, déjà, nos hôpitaux sont surchargés, comment ferons-nous dans 20 ans lorsque le nombre de personnes âgées aura presque doublé?

M. Beatty: Il est bien évident que nous allons devoir continuer à construire de nouveaux hôpitaux. D'après l'exposé de M. Murphy, en s'en tenant aux taux de fécondité et d'immigration actuelle, la population canadienne passera à 31 millions de personnes avant de retomber. Cela veut dire que si l'on veut pouvoir maintenir le niveau actuel des prestations de santé, nous allons devoir continuer à accroître nos moyens.

[Texte]

You ask a very big question. I will try to respond to it briefly, but as thoroughly as possible. First, the big mistake we make is to extrapolate demand on the basis of what demand is today, and to assume if somebody over 65 costs six times more than those of us under 65—and I do not know whether that figure is accurate—it is necessarily the case for the future. We are going to find that people at 65 are going to be healthier and more vigorous than ever before.

Mr. Halliday: That sounds good.

Mr. Beatty: We need not assume. . . You are a classic proof of that, because you are chasing that number right now. The statistics indicate that it is time for us to look at a lot of policies that we have taken for granted in the past, such as mandatory retirement. The insulting and dehumanizing idea that a person loses social usefulness at 65 is destructive. Our society needs the contributions that can be made by people of that age. We have to get over the mind-set of seeing seniors as a threat to us, and see them as a resource.

• 1720

If we keep somebody alive who would die at age 45 today of cancer as a result of smoking, there will be more utilization during his remaining years of the health care system. But he will also be earning for longer and contributing to the ability of our economy to sustain those costs. To the extent that we can keep people out of hospital, we both reduce the immediate demand on utilization and increase revenues that would be lost if they were side-lined. The potential for us is enormous.

What about the effect of health promotion? We are seeing the benefits now. We are seeing figures relating to tobacco consumption that show we are winning the tobacco war. It has been a social revolution. There are very few ministers of any government who can claim to have personally saved thousands of lives. Former Minister Jake Epp is one of this select group. He championed the cause of the fight against tobacco. The effect is real.

I think we should be looking at accidents as an epidemic in Canada. They fit the classical definition of an epidemic, and I think there are steps we can take that can significantly reduce the rate of accidents in Canada, thus reducing the utilization of medical services.

[Traduction]

Vous avez posé une question d'une très grande importance. Je vais essayer d'y répondre assez brièvement mais sans escamoter le problème. Nous avons tort de faire des extrapolations par rapport à la demande actuelle et de retenir l'hypothèse que si, à l'heure actuelle, les personnes de plus de 65 ans ont six fois plus besoin de soins médicaux que les personnes de moins de 65 ans, il en sera nécessairement ainsi à l'avenir. D'abord, je ne suis pas certain que ce chiffre soit exact, puis je pense que nous allons nous apercevoir qu'à l'avenir les gens de 65 ans seront en bien meilleure santé qu'aujourd'hui.

M. Halliday: Espérons-le.

M. Beatty: Il n'est donc pas nécessaire de penser que. . . Vous en êtes le parfait exemple, puisque vous allez, vous-même, bientôt aborder ce rivage. Les statistiques nous imposent de revenir un peu sur certaines politiques, comme l'âge obligatoire de la retraite, qui nous semblait auparavant aller de soi. L'idée qu'à 65 ans une personne perd pour la société toute son utilité est dévastatrice et déshumanisante. Au contraire, notre société a besoin de l'apport des personnes de cet âge. Il faut donc ne plus voir en elles une menace pour le plein emploi ou pour l'avancement et commencer à reconnaître leur valeur.

Si, à l'avenir, nous pouvons assurer la longévité de personnes qui, aujourd'hui, mourraient à 45 ans d'un cancer dû à la cigarette, il est bien certain que ces personnes auront besoin de soins médicaux dans la seconde moitié de leur vie. Mais ces personnes-là seront aussi plus longtemps productives et participeront donc plus longtemps à l'activité économique qui permet, justement, de faire face à cette expansion nécessaire du secteur de la santé. Dans la mesure où ces personnes n'ont pas à être hospitalisées, l'on peut, dans l'immédiat, réduire la demande de soins hospitaliers et augmenter nos revenus en touchant, à l'avenir, les fruits de l'activité de ces personnes aujourd'hui considérées comme improductives. Et c'est dire qu'il existe là un potentiel énorme.

Mais qu'en est-il des initiatives en matière d'hygiène publique, de la prévention? Déjà, nous pouvons en constater les bienfaits. Les chiffres nous disent que nous sommes en train de gagner la guerre du tabac. C'est une véritable révolution des mœurs. Très peu de ministres, quel que soit le gouvernement auquel ils aient appartenu, peuvent dire qu'ils ont, par les initiatives qu'ils ont su prendre, permis de sauver des milliers de vies. L'ancien ministre Jake Epp en est un. Il s'est fait le champion de la lutte contre le tabac et les résultats qu'il a obtenus sont tangibles.

J'estime que l'on doit considérer comme une épidémie des accidents qui surviennent au Canada. Ce phénomène répond à la définition classique de l'épidémie et je pense qu'il y aurait effectivement des mesures à prendre pour réduire sensiblement le nombre d'accidents. Cela nous permettrait également d'alléger nos services médicaux.

[Text]

We dramatically cut our infant mortality rate in Canada. We are now world leaders. As you get to kids around the age of 10, you begin to find that Canada's place falls off relative to other countries. This is because of our lack of success in preventing accidents that kill. There is no reason why other countries should be more successful than we are in this. Through health promotion we can do a lot there.

Is more money needed? Sure it is. One of the difficulties that the committee will want to wrestle with is that you cannot apply an industrial model of new technologies to health care. You cannot assume that new technologies drive down cost. It may be just the opposite. New technologies open up new frontiers for you, which allow you to do things you never could have done before, but often at exceptionally high cost. That puts a strain on our system.

There will be strains. There certainly will be demands in terms of financing, but I think that can be met if we wisely look at utilization as well. You are right about the institutionalization. It has been talked about for a long time. You are right that deinstitutionalized people cannot simply be dumped into society. You have to find ways of sustaining them while they are there. But while the transition costs are high, if we can get somebody out of labour-intensive facilities and into the community with adequate support services, the cost of sustaining him there will be cheaper.

All Members of Parliament have seen the effects on seniors who have been independent all of lives. Take a woman who has been married for 50 years and her husband dies. All of her life she has been independent. She and her husband worked to have a home. She is now in the home by herself. She is finding that it is increasingly difficult to stay in her home because of difficulties—difficulties in getting a hot meal or in mobility. All of us have seen the human effects of institutionalization on so many of those people, where something that has meant so much to their very existence is taken away from them and they lose the willingness to live.

In both human and economic terms, there are measures we can take to put infrastructures in place in the community to help seniors to stay in their own homes. This will hold down costs for us, keep people alive longer, and have them lead more fulfilling and more productive lives.

[Translation]

Nous avons réussi à réduire très fortement le taux de mortalité infantile. Notre taux de réussite fléchit cependant par rapport aux efforts des autres pays lorsqu'on envisage l'ensemble des enfants de dix ans. Cela est dû au fait que nous ne réussissons pas à prévenir les accidents mortels. On ne comprend pas très bien pourquoi à cet égard, d'autres pays réussissent mieux que nous. Il convient d'accentuer nos efforts en matière de prévention.

Est-ce une question d'argent? Évidemment. Le Comité va devoir se pencher sur le problème que soulève l'inapplicabilité au secteur de la santé du modèle économique des progrès technologiques. J'entends par là que l'on ne peut pas prendre pour acquis que les nouvelles technologies entraîneront un abaissement des coûts. C'est peut-être même le contraire qui est vrai. Les progrès technologiques nous ouvrent de nouveaux horizons et permettent des choses impossibles auparavant mais, souvent, cela entraîne des frais énormes. Cela grève notre système.

Il va effectivement y avoir des difficultés. Il va y avoir des difficultés certaines d'ordre financier, mais nous pourrions y faire face dans la mesure où nous examinerons avec attention et sagesse notre utilisation des établissements médicaux. Vous avez raison en ce qui concerne l'hospitalisation. On en parle déjà depuis longtemps et vous avez raison de dire qu'on ne peut pas laisser à eux-mêmes les malades à leur sortie d'un établissement médical. Il faut, leur assurer une structure de soutien. Cela peut exiger une certaine mise de fonds mais on réduira de beaucoup les coûts si l'on parvient à organiser des soins en milieu communautaire, avec tous les services nécessaires. Cela coûte beaucoup moins cher que le maintien en milieu hospitalier.

Il n'y a pas un seul député qui ne soit conscient des répercussions que cela peut avoir sur des personnes âgées qui ont toujours vécu auparavant de manière indépendante. Prenez l'exemple d'une femme mariée depuis 50 ans et dont le conjoint meurt. Elle a, toute sa vie, vécu de manière indépendante. Elle et son mari ont travaillé pour se payer une maison. Or, maintenant, elle se trouve chez elle toute seule, ce qui lui devient difficile car elle a de plus en plus de mal à se déplacer et à faire la cuisine. Nous avons tous pu constater l'effet dévastateur que l'hospitalisation peut avoir sur certains qui doivent quitter une chose à laquelle ils tenaient beaucoup et dont la perte s'accompagne d'une indifférence croissante devant l'existence.

Il y a des moyens humains et économiques que nous pouvons mettre en oeuvre, il y a des infrastructures que nous pouvons créer au sein même de la communauté afin de permettre aux personnes âgées de conserver leur domicile. Cela nous permettra à la fois de réduire les coûts, d'assurer une meilleure longévité de notre population et d'aider l'ensemble de nos citoyens à conserver un mode d'existence plus satisfaisant et plus productif.

[Texte]

[Traduction]

• 1725

In summary to what is a very important question, yes, there are challenges for us and they are challenges that include economic challenges. I am convinced, both on the data presented in Dr. Murphy's report and on the other material I have seen from the department, that they are challenges that are manageable for us if we have the sense to plan ahead.

The Chairman: Thank you, Dr. Halliday. It is encouraging to see you used as a good example. I think that in your not-too-distant past you have also contributed to the population growth, so you are probably a benefit at both ends of the scale.

Mr. Minister, on behalf of the committee I thank you for appearing today. I know we have extended the limits of your time somewhat. As a result of the study that you know we are undertaking, and also the tabling of the report today, I think the committee would like to have you and officials of your department back from time to time. We will welcome you at any time. We thank you for appearing here today and taking that time out of your schedule.

Mr. Beatty: Thank you very much, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Fontana, did you have any questions? I have not adjourned the meeting.

Mr. Fontana: I am sure, having had this report and because there are some intriguing figures here, there are many more questions that will come up, and hopefully there will be an opportunity to ask them at a later date.

Dr. Murphy: I would be glad to come back at any time, Mr. Chairman.

Mr. Fontana: You said it was not so much the quantity of people that this country had but the quality of people that related to our economic well-being. I wonder if you could elaborate further on that. I am just wondering in terms of the labour stats how that might impact on our ability to compete, based on some demographics that you might have.

Secondly, you also touched very quickly on a statistic that interested me. That had to do with the substantial increase in households where nobody was working. I am just wondering whether or not the technical papers or study showed why that might have been. Was that because of disabilities, health? What were the parameters of measuring that particular statistic.

Dr. Murphy: If I could go backwards on those, Mr. Chairman, regarding the number not working, that is simply a question that almost all of those changes are due to the aging of the population. Those tended to be families that are no longer in the labour force but are living on savings or on pensions.

C'est dire que la situation nous pose un certain nombre de défis dont certains d'ordre économique. Les informations réunies dans le cadre du rapport de M. Murphy et la documentation préparée par le ministère me porte à croire, cependant, que nous serons en mesure de relever les défis si nous avons la sagesse de prévoir.

Le président: Docteur Halliday, je vous remercie. Nous sommes encouragés par votre exemple. Je pense qu'il n'y a pas si longtemps de cela vous avez vous-même contribué à la poussée démographique et nous vous remercions donc de votre double apport.

Au nom du comité, je tiens, monsieur le ministre, à vous remercier d'être venu. Nous vous avons retenu un peu plus longtemps que prévu. Dans le cadre de l'étude que le comité a entrepris, comme vous le savez, et après le rapport que vous avez déposé aujourd'hui nous aimerions que vous puissiez, avec les fonctionnaires de votre ministère, revenir ici de temps à autre. Vous êtes, bien sûr, le bienvenu en tout temps et nous vous remercions du temps que vous avez bien voulu nous consacrer, aujourd'hui.

M. Beatty: Monsieur le président, je tiens moi aussi à vous remercier.

Le président: Monsieur Fontana, aviez-vous certaines questions à poser? Je n'ai pas encore levé la séance.

M. Fontana: Après avoir pris connaissance de ce rapport et de certains chiffres surprenants qu'il contient, je crois qu'il y aura effectivement un certain nombre de questions à poser et j'espère avoir l'occasion de le faire à une date ultérieure.

M. Murphy: Monsieur le président, je me ferai un plaisir de revenir pour y répondre.

M. Fontana: Vous avez dit que le bien-être économique de notre pays dépendait moins du nombre de sa population que de la qualité de celle-ci. Pourriez-vous, s'il vous plaît, nous en dire un peu plus sur ce point. J'aimerais que l'on puisse cerner d'un peu plus près, d'après les chiffres dont vous disposez, les liens entre la population active et la force de notre économie sur les marchés internationaux.

Vous avez également fait rapidement allusion à un chiffre qui a pourtant retenu mon attention. On note, d'après vous, une augmentation sensible du nombre des ménages où personne n'occupe un emploi. Les études offrent-elles une explication de ce phénomène? Cela est-il dû à l'état de santé ou à des infirmités? Sur quoi est fondé ce calcul?

M. Murphy: Ces changements, monsieur le président, semblent dus au vieillissement de la population. Il s'agit en général, de familles qui n'appartiennent plus à la population active mais qui vivent de leurs économies ou de leur pension de retraite.

[Text]

As for the quality of work, or quality of the population, I was speaking too briefly there, I think, too quickly. What I was really referring to was the human capital arguments. If you talk to these economists they will always tell you the numbers do not matter, what matters is the profile of your human capital and the amount of physical capital, the machinery available for them to work.

• 1730

One of the things I would like to talk about, maybe with the staff of the committee, is that we have had several interesting models built for us as part of this exercise, one of them built by two economists from McMaster University who are quite skilled in labour force experience, Frank Denton and Byron Spencer. This model enables you to put in various hypotheses about how the demographic variables might change and also to model the economy itself. It is relatively easy to use. It is menu-driven. It asks you questions about how you want to change the things.

It is from running this model that some of the issues the minister talked about came up. Our per capita income does not change much over a fairly large range. We did some experiments at the same time with the some simulations, if you will, in which we change the education levels of the population and that sort of thing. One of the most interesting ones was reducing the rigidities to the labour market whereby women get lower returns to their education levels than men do. According to the model, the effect is to give a better allocation of resources. It is this sort of thing produces the increase, not the increases in numbers.

Along the immigration side, while we feel we could not do it yet, some of those rigidities, for example the whole accreditation problems with immigrants, would show the same impact, we feel, if the model were developed enough to be able to simulate that. It is really that sort of thing I meant when I was talking about skills and accomplishments in education.

Mr. Fontana: Is that in this report? Where would one find those models?

Dr. Murphy: Yes, you can find some simulations using those in the report. They appear just after the graph that does not say anything.

The Chairman: We have lost our quorum and we really do not have a meeting, but let us ask one more question.

Mr. Fontana: In terms of the household make-up, I think you looked at changing family structures and what have you. I guess this goes along with the same question

[Translation]

En ce qui concerne les aspects qualitatifs de la population, je pense peut-être avoir répondu un peu vite. Je faisais principalement allusion au capital humain. Les économistes prétendent généralement que les chiffres n'ont en eux-mêmes aucune importance car ce qui importe c'est le profil de la population, du capital humain d'une nation et les moyens techniques et financiers qui peuvent être mis à la disposition de la population active.

Il est un sujet que j'aimerais aborder, et peut-être pourrais-je le faire avec le personnel du comité. Dans le cadre de l'exercice que nous avons évoqué ce matin, on a élaboré plusieurs modèles qui présentent un certain intérêt. Un d'entre eux a été élaboré par Frank Denton et Byron Spencer, deux économistes de l'Université McMaster, spécialistes de la population active. Leur modèle permet d'intégrer plusieurs hypothèses touchant l'évolution des facteurs démographiques et l'évolution de notre économie. Ce modèle est d'un maniement relativement facile car il utilise le concept du menu. Leur programme vous demande lui-même comment vous aimeriez voir évoluer les paramètres.

C'est le maniement de ce modèle qui a permis d'identifier certaines des questions évoquées par le ministre. C'est ainsi que nous avons appris que le revenu moyen n'est guère sensible aux fluctuations des paramètres. Nous nous sommes livrés à des expériences parallèles à nos exercices de simulation et fait varier le niveau d'instruction de la population et divers autres paramètres. Dans un de ces exercices, nous avons réduit les rigidités du marché du travail qui font que, à niveau d'instruction égal, les femmes sont moins payées que les hommes. Le modèle nous a portés à conclure que l'assouplissement de ces résistances entraîne une meilleure répartition des ressources. Voilà le genre de choses qui améliore l'état de notre économie plutôt que la simple augmentation de la population active.

Nous pensons qu'il en serait de même des divers aspects de l'immigration et qu'une élimination de certaines résistances telles que celles qui s'appliquent aux équivalences de compétence des immigrants donneraient des résultats du même ordre. Notre modèle ne permet pas encore de démontrer cela. C'est, à peu de chose près, ce que je voulais dire en parlant des aptitudes et des niveaux d'instruction.

M. Fontana: Cela se trouve-t-il dans le rapport? Où peut-on voir cela?

M. Murphy: Oui, le rapport rend compte d'un certain nombre de simulations utilisant ce modèle. On les trouve juste après le tableau qui ne dit pas grand-chose.

Le président: Nous n'avons plus de quorum et donc plus de séance. Permettez-nous, cependant, de poser une dernière question.

M. Fontana: Vous avez étudié la composition des ménages et je crois que vous vous êtes penchés sur l'évolution des structures familiales. Cela recoupe un peu

[Texte]

Dr. Halliday had. If you were to superimpose policies, programs, or funding we have had in this country for the past 20 years, for instance, on what is going to happen in the next 20 years, would you have to change an awful lot of them according to what is happening with the family, the age structure, and all that stuff?

Are we talking about a complete overhaul of our social and welfare policies and programs, or are you just talking about fine-tuning them and targeting them much better and what have you? I know the minister was talking about mandatory retirement and whether or not we should throw out the window the concept of whether or not 65 makes sense as a retirement date any more.

Dr. Murphy: That is a little hard for me to answer. Obviously there are going to have to be some significant changes, but it is not clear what. One of the things we tried to do with this report, as the minister kept saying, was to make it available to everybody. As I said, we have given 125 of these things. One of them was to the City Council of Vancouver. We are trying to get everybody interested in this stuff.

I think there are going to have to be some changes, but whether or not those changes are significant changes to government programs is not clear to me. When the minister talked, for instance, about mandatory retirement, one of the more important studies we had was one by an economist named Lars Osberg from Dalhousie University. He looked at the "older" labour market for workers aged 45 and older. The participation rates for them has been falling very radically over the last few years.

This answer is really related in some ways to Dr. Halliday's question too. You do not have to change those rates very much to get rid of the dependency problem, if you look at it in terms of labour force members to support elderly population. One of the things Lars found was that the people who have left the labour force left not because they wanted to take early retirement, but because they lost their jobs and could not get back in.

We had some other economists like Pierre Fortin from Quebec do papers for us. He seized on that paper and he said that in his view one of the most important issues Canada faces is how to manage the demand for labour in that top end of the labour market. You can either have dependants there starting at a relatively young age, or you are going to have producing members of the population. There are a lot of significant changes in attitudes there that really are not governmental, but they may be more important than changing some of the government programs.

[Traduction]

la question posée par M. Halliday. Si nous plaquons sur nos prévisions des 20 prochaines années, les politiques, les programmes et les budgets que nous avons mis en oeuvre ici au cours des 20 dernières années, faudrait-il y apporter beaucoup de changements pour tenir compte de l'évolution des structures familiales et de la pyramide des âges?

Cela exigerait-il une refonte complète de nos programmes et de nos politiques sociales et de bien-être, ou suffirait-il de les adapter et de corriger le tir? Le ministre a évoqué la question de l'âge obligatoire de la retraite, se demandant si nous ne devrions pas, tout simplement, nous débarrasser de la limite arbitraire des 65 ans.

M. Murphy: J'ai beaucoup de mal à vous répondre. Je pense qu'il va falloir apporter un certain nombre de changements importants mais nous ne savons pas vraiment lesquels. Comme l'a dit le ministre, nous avons essayé de faire en sorte que ce rapport soit largement diffusé. Nous en avons nous-même distribué 125 exemplaires. L'un d'entre eux a été adressé au conseil municipal de Vancouver. Nous avons essayé de susciter un très large intérêt.

Il va effectivement y avoir des changements mais nous ne savons pas si cela va entraîner un profond remaniement des programmes actuels. Prenons l'âge obligatoire de la retraite qu'a évoqué le ministre. Sur cette question, une des meilleures études dont nous disposons est celle qu'a rédigé un économiste de l'Université Dalhousie du nom de Lars Osberg. Il s'est penché sur le cas des travailleurs de plus de 45 ans. Au cours des dernières années, leur taux de participation a beaucoup baissé.

La réponse vaut d'ailleurs, dans une certaine mesure, pour la question qui a été posée par M. Halliday. Pour éliminer le problème de la dépendance, il n'est pas nécessaire de modifier de beaucoup les taux en cause si l'on s'interroge sur la population active nécessaire pour subvenir aux besoins des personnes âgées. Lars s'est aperçu, notamment, que les personnes ayant quitté la population active n'ont pas été motivées par le désir de prendre une retraite anticipée mais par le fait qu'elles ont perdu leur emploi et qu'elles n'ont pas pu en retrouver un.

Nous avons demandé à certains autres économistes, tel que Pierre Fortin du Québec, de nous préparer des études. Il s'est inspiré de l'étude de M. Osberg pour conclure qu'à son avis, un des principaux problèmes de notre économie est de parvenir à agir correctement sur la catégorie des plus de 45 ans. On peut choisir de favoriser les départs anticipés, et donc de créer une nouvelle catégorie de personnes à charge comprenant des personnes encore jeunes ou encourager, au contraire, les gens à demeurer productifs plus longtemps. Cela passe par un changement de mentalité qui échappe en partie à l'action gouvernementale mais qui peut se révéler plus important que la modification des initiatives gouvernementales.

*[Text]**[Translation]*

• 1735

The Chairman: Dr. Murphy, I think it is indicative of the interest that you will be called back before the committee. We will look forward to hearing you at that time. Thank you very much.

The meeting is adjourned.

Le président: Monsieur Murphy, tout cela est d'un extrême intérêt, et je tiens dès maintenant à vous dire que le comité aura le plaisir de faire de nouveau appel à vous. Nous vous remercions de votre intervention.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESS

From the Department of National Health and Welfare:

E. Michael Murphy, Secretary, Review of Demography
and its Implications for Economic and Social Policy.

TÉMOIN

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

E. Michael Murphy, secrétaire, Etude de l'évolution
démographique et de son incidence sur la politique
économique et sociale.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 12

Tuesday, December 19, 1989

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 12

Le mardi 19 décembre 1989

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of
the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude
du régime de soins de santé au Canada et de son
financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, DECEMBER 19, 1989

(18)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:33 o'clock a.m. this day, in Room 269, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Stan Wilbee.

Acting Members present: Darryl Gray for Barbara Greene; Robert E. Skelly for Joy Langan.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the Department of National Health and Welfare: Dr. Gillian Lynch, Acting Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch; Jim Moore, Director General, Program Transfer, Policy and Planning, Medical Services Branch; Ed Tupper, Director General, Public Service Health Division, Medical Services Branch.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. Lynch made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

At 10:50 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 19 DÉCEMBRE 1989

(18)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 33, dans la pièce 269 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Darryl Gray remplace Barbara Greene; Robert E. Skelly remplace Joy Langan.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: De la Direction générale des services médicaux du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: D^r Gillian Lynch, sous-ministre adjoint intérimaire; Jim Moore, directeur général, Transfert des programmes et établissement des politiques; Ed Tupper, directeur général, Santé des fonctionnaires fédéraux.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

Le D^r Lynch fait un exposé puis, avec les autres témoins, répond aux questions.

A 10 h 50, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Tuesday, December 19, 1989

• 0933

The Chairman: Order. Pursuant to Standing Order 108, the committee resumes consideration of the health care system in Canada and its funding. This morning I am pleased to welcome the witnesses, Dr. Gillian Lynch, the Acting Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch; Mr. Jim Moore, Director General, Program Transfer, Policy and Planning, Medical Services Branch; and Mr. Ed Tupper, Director General, Public Service Health Division, Medical Services Branch.

We are very pleased to welcome you here this morning. We look forward to your testimony. As I indicated to you earlier, we hope we may call on you to appear before the committee from time to time. As we get into the study there may be other areas we wish to receive additional information on and to follow up on.

• 0935

I would ask the witnesses to begin their presentation.

Dr. Gillian Lynch (Acting Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch, Department of National Health and Welfare): Thank you, Mr. Chairman. With your permission, I would like to outline the role of the Medical Services Branch within the overall Canadian health care system, describe the services and programs we offer, and talk about some of the future directions of the branch in terms of Indian health services.

The 1979 Federal Indian Health Policy quite clearly describes the role of the Medical Services Branch vis-à-vis the other major players in the Canadian health care system. It states that:

[The Canadian health care] system is one of specialized and interrelated elements, which make it the responsibility of federal, provincial or municipal governments, Indian bands, or the private sector... The most significant federal roles in this interdependent system are in public health activities on reserves, health promotion, and the detection and mitigation of hazards to health in the environment. The most significant provincial and private roles are in the diagnosis and treatment of acute and chronic disease and in the rehabilitation of the sick. Indian communities have a significant role to play in health

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mardi 19 décembre 1989

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement. Ce matin, j'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue au docteur Gillian Lynch, ministre adjoint intérimaire, Direction générale des services médicaux; à M. Jim Moore, directeur général, Transfert des programmes, des politiques et de la planification, Direction générale des services médicaux; et à M. Ed Tupper, directeur général, Direction de la santé des fonctionnaires fédéraux, Direction générale des services médicaux.

Nous sommes très heureux de vous accueillir parmi nous ce matin. Nous serons ravis d'entendre votre témoignage. Comme je vous l'ai dit plus tôt, nous espérons pouvoir vous réinviter de temps à autre. Une fois que nous aurons entrepris notre étude, nous voudrions peut-être des renseignements supplémentaires sur certaines questions.

Je cède maintenant la parole aux témoins.

Dr Gillian Lynch (sous-ministre adjoint intérimaire, Direction générale des services médicaux, ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social): Merci, monsieur le président. Avec votre permission j'esquisserai brièvement le rôle de la Direction générale des services médicaux dans le système global de santé canadien, je décrirai les services et les programmes que nous offrons et je parlerai des orientations futures pour la Direction générale en ce qui concerne les services de santé aux Indiens.

La politique fédérale de 1979 sur la santé des Indiens décrit clairement le rôle de la Direction générale des services médicaux vis-à-vis les autres principaux intervenants du système de santé canadien. La politique énonce que:

Le système (de santé canadien) est un système composé d'éléments spécialisés et interreliés qui peuvent relever du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux ou municipaux ou du secteur privé... Les rôles fédéraux les plus importants dans ce système interdépendant s'exercent dans les activités de santé publique dans les réserves, la promotion de la santé, la détection et l'atténuation des risques pour la santé dans l'environnement. Les rôles provinciaux et privés les plus importants s'exercent dans le diagnostic et le traitement de maladies aiguës et chroniques et dans la réadaptation des malades. Les collectivités indiennes

[Texte]

promotion and in the adaptation of health services delivery to the specific needs of their community.

Within this context, I would like to address what it is that the Medical Services Branch provides to its clients. Before doing so, however, I would like to be quite clear about who our clients are.

The health care services we provide are targeted primarily to status Indian people living on reserve; and in the Yukon, to all residents. This is our client population, though with some exceptions, notably the non-insured health benefits program, which I shall describe to you in a moment, which is available to all status Indians, regardless of place of residence.

The health care programs and services the Medical Services Branch provides or funds fall within four general categories: community health services, hospital services, the National Native Alcohol and Drug Abuse Program, which we call NNADAP, and environmental health services. In addition, we have a major initiative under way, the Transfer Program, which I would also like to tell you about.

Community health services: Under the umbrella of "community health services" are included the following activities: on-reserve preventive health and health promotion programs, such as health education, immunization, maternal and child health, and nutrition counselling; on-reserve emergency treatment services, when not otherwise available from the provinces; the Non-Insured Health Benefits Program, which pays the cost of benefits, including prescription drugs, dental services, eyeglasses, prostheses, and patient transportation, as a payer of last resort for eligible status Indians. Again, I point out that the non-insured health benefits are available to all status Indians irrespective of their place of residence. And the last activity is the provision of special skills training for health personnel such as community health nurses and community health representatives.

These services are provided primarily by community health nurses, community health representatives, known as CHRs, dental therapists, and environmental health officers, who receive additional assistance from medical officers, nutrition consultants, health education consultants, and numerous other health professionals in the branch regional headquarters and also in Ottawa. You might be interested to note that the vast majority of CHRs and a number of nurses are employed by Indian bands directly rather than by the branch directly.

[Traduction]

ont un rôle considérable à jouer dans la promotion de la santé et dans l'adaptation de la prestation des services de santé selon les besoins spécifiques des collectivités.

C'est dans ce contexte que j'aborderai les services que la Direction générale des services médicaux offre à ses clients. Toutefois, avant de procéder, je crois qu'il convient de définir très clairement qui sont nos clients.

Les services de santé que nous offrons visent principalement les Indiens inscrits vivant dans les réserves et, au Yukon, tous les résidents du territoire. Il s'agit là de notre clientèle, à quelques exceptions près, notamment en ce qui concerne le programme des services de santé non assurés que je décrirai dans un moment, programme qui est accessible à tous les Indiens inscrits, quel que soit leur lieu de résidence.

Les programmes et les services de santé qu'offre la Direction générale des services médicaux entrent dans quatre catégories générales: les services de santé communautaire, les services hospitaliers, le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (que nous appelons le PNLAADA) et les services d'hygiène du milieu. En outre, nous avons une importante initiative en cours, le Programme du transfert des programmes, que j'aborderai également.

Les services de santé communautaire: les services de santé communautaire chapeautent les activités suivantes: des programmes de santé préventive et de promotion de la santé dans les réserves tels que l'éducation, l'immunisation, la santé maternelle et infantile et les conseils en nutrition; des services de traitement d'urgence dans les réserves lorsqu'ils ne sont pas autrement disponibles dans les provinces; des programmes de services de santé non assurés qui permettent de défrayer les coûts des services, notamment les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires, les verres, les prothèses et le transport des patients, à titre de contribution de dernier recours, pour les Indiens inscrits admissibles. Je souligne que les services de santé non assurés sont accessibles à tous les Indiens inscrits et aux Inuits quel que soit le lieu de résidence. Enfin, il y a des programmes de formation spécialisés à l'intention du personnel des soins de santé, comme les infirmiers et infirmières de la santé communautaire et les représentants des services de santé communautaire.

Ces services sont offerts principalement par les infirmiers et infirmières de la santé communautaire, les représentants des services de santé communautaire et les agents de l'hygiène du milieu qui reçoivent une aide supplémentaire de la part de médecins, d'experts-conseils en nutrition, d'experts-conseils en éducation de la santé et de nombreux autres professionnels de la santé des bureaux régionaux de la Direction régionale ainsi qu'à l'administration centrale. Vous serez peut-être intéressés de constater que la vaste majorité des représentants des services de santé communautaire et un certain nombre d'infirmiers et infirmières sont employés par les bandes indiennes plutôt que la Direction générale directement.

[Text]

Nursing and related services are provided out of nursing stations, health centres, and health stations, facilities built through MSB funding for this purpose. There are approximately 440 of these facilities throughout the country.

• 0940

Hospital Services: the hospital services activity of MSB focuses on the operation of seven general hospitals: Whitehorse General Hospital in the Yukon; Fort Qu'Appelle Hospital in Saskatchewan; the Blood Indian Hospital in Alberta; Norway House and the Percy E. Moore hospitals in Manitoba; and Moose Factory and Sioux Lookout hospitals in Ontario.

These hospitals provide the following: services ranging from primary to secondary levels of care; linkages with provincial and territorial health care systems and smaller MSB facilities such as nursing stations; and promotion of local native involvement in hospital advisory boards.

National Native Alcohol and Drug Abuse Program: The National Native Alcohol and Drug Abuse Program provides the following services: culturally relevant, community-based prevention and treatment; training of NNADAP workers; and research and development studies into topics such as fetal alcohol syndrome, suicide prevention and solvent abuse.

This program is unique in that, since its inception, it has been a community-based initiative. All alcohol workers are members of the communities they serve, and all treatment centres are either on the reserve they serve or situated in close proximity to a number of reserves and are operated and managed by Indian groups.

Environmental Health Services: The environmental health activity encompasses the following services: monitoring environmental conditions in Indian and northern communities through environmental inspections; water sampling; testing individuals for levels of contaminants such as mercury and PCBs; establishing a health data base of environmental conditions in communities prior to the implementation of projects which may have a potential impact on the environment; education and training programs aimed at increasing awareness and concern among native people for environmental contaminants and their effects on health; advocacy on behalf of native clients for environmental assessment and reviews; and advocacy on behalf of band councils to obtain capital funding for health-related infrastructure, such as potable water systems.

[Translation]

Les services de soins infirmiers et les services connexes sont offerts dans les postes d'infirmier, les centres et les postes de soins de santé, installations construites grâce au financement de la DGSM à cette fin. Il existe environ 440 de ces installations d'un bout à l'autre du pays.

Les services hospitaliers: L'activité des services hospitaliers de la DGSM portent sur le fonctionnement de sept hôpitaux généraux; l'hôpital général de Whitehorse, au Yukon, l'hôpital de Fort Qu'Appelle, en Saskatchewan, le Blood Indian Hospital, en Alberta, les hôpitaux Norway House et Percy E. Moore, au Manitoba, et les hôpitaux Moose Factory et Sioux Lookout, en Ontario.

Ces hôpitaux offrent les services suivants: des services allant du niveau primaire au niveau secondaire de soins; les liens avec les systèmes de santé provinciaux et territoriaux et de plus petites installations de la DGSM comme les postes de soins infirmiers; et la promotion de la participation des autochtones de la collectivité aux conseils consultatifs des hôpitaux.

Programme national de la lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones: le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones offre les services suivants: la prévention communautaire et le traitement culturellement pertinents; la formation des travailleurs du PNLAADA; et des études de recherche et développement sur des sujets comme le syndrome alcoolique foetal, la prévention du suicide et l'abus des solvants.

Ce programme est unique en ce que, depuis son lancement, il a été une initiative communautaire: tous les travailleurs du programme sont des membres des collectivités qu'ils servent, et tous les centres de traitement sont dans les réserves qu'ils servent ou situés à proximité d'un certain nombre de réserves, et ils sont exploités et administrés par des groupes autochtones.

Services d'hygiène du milieu: Les services d'hygiène du milieu sont les suivants: surveillance des conditions du milieu dans les collectivités indiennes et nordiques grâce à des inspections du milieu, des tests d'échantillons d'eau pour y déceler les niveaux de contaminants comme le mercure et les BPC; établissement d'une base de données sur les conditions d'hygiène du milieu dans les collectivités avant la mise en oeuvre de projets qui peuvent avoir un effet sur l'environnement; des programmes d'éducation et de formation visant à augmenter la sensibilisation et l'intérêt des autochtones en ce qui concerne les contaminants environnementaux et leurs effets sur la santé; la défense des intérêts de clients autochtones qui demandent des évaluations et des examens de l'environnement; et la défense des intérêts des conseils de bande afin d'obtenir du financement pour l'infrastructure reliée à la santé, tels que des réseaux de distribution d'eau potable.

[Texte]

The Transfer Program: Within the framework of the programs and services I have just mentioned, I would like to describe briefly the transfer initiative under way in the branch.

The 1979 federal Indian health policy established as its goal the achievement of an increasing level of health in Indian communities generated and maintained by the Indian communities themselves.

In keeping with this goal, the department, through the Medical Services Branch, has embarked on a transfer of health programs to Indian communities that want this responsibility.

Program transfer has three main objectives: (1) to enable Indian communities to design and deliver health programs and allocate resources to meet their health needs and priorities; (2) to strengthen the accountability of chiefs and councils to their community members for health programs; and (3) to ensure public health and safety on-reserve are protected through adherence to mandatory programs.

The principles which guide the development of this transfer initiative are the following: Transfer operates within existing legislation; it is open to and optional for all Indian communities; it enables Indian communities to design and deliver their own programs; it permits program takeover at the pace desired by the individual communities; it ensures that mandatory public health and treatment programs continue to be provided post-transfer; it permits multi-year agreements, up to five years, within annual appropriations; it provides financial flexibility to bands, including the allocation of resources, retention and use of unspent funds and responsibility for deficits; it strengthens the accountability of chiefs and councils to community members; and it is consistent with the alternative funding arrangements initiative of the Department of Indian Affairs and Northern Development.

Prior to formally entering into a transfer agreement with Medical Services Branch, bands and tribal councils may apply for funding to do the preparation necessary for their successful takeover of health responsibilities. Activities generally include setting up and training a health board, conducting a health needs assessment and preparing a community health plan.

[Traduction]

Transfert des programmes: Dans le cadre des programmes et des services que je viens de mentionner, je décrirai brièvement l'initiative de transfert en cours à la direction générale.

La politique fédérale de 1979 sur les services de santé aux Indiens établissait comme objectif la réalisation d'une augmentation du niveau de santé dans les collectivités indiennes, engendrée et maintenue par les collectivités indiennes elles-mêmes.

Dans la ligne de cet objectif, le ministère, par l'entremise de la Direction générale des services médicaux, s'est engagé dans le transfert des programmes de santé aux collectivités indiennes qui veulent assumer cette responsabilité.

Le transfert des programmes comporte trois objectifs principaux: (1) permettre aux collectivités indiennes de concevoir et d'assurer la prestation de programmes de santé ainsi que d'affecter des ressources afin de répondre à leurs besoins et à leurs priorités en matière de santé; (2) renforcer la responsabilité des chefs et des conseils devant les membres de leur collectivité en ce qui concerne les programmes de santé; et (3) s'assurer que la santé et la sécurité publiques dans les réserves sont protégées grâce à une adhésion à des programmes obligatoires.

Les principes qui guident l'élaboration de cette initiative de transfert sont les suivantes: le transfert se fait dans le cadre des lois actuelles; il est ouvert et facultatif pour toutes les collectivités indiennes; il permet aux collectivités indiennes de concevoir et d'assurer la prestation de leurs propres programmes; il permet la prise en charge des programmes au rythme désiré par les collectivités; il permet de faire en sorte que les programmes obligatoires de santé publique et de traitement continuent d'être fournis après le transfert; il permet d'obtenir des crédits annuels pour les accords pluriannuels (jusqu'à cinq ans); il offre une souplesse financière aux bandes, notamment quant à l'affectation des ressources, à la conservation et à l'utilisation des fonds non dépensés ainsi qu'à la responsabilité des déficits; il renforce la responsabilité des chefs et des conseils devant les membres de leur collectivité; et il est compatible avec l'initiative des dispositions de rechange relatives au financement du ministère des Affaires indiennes et du Nord.

Avant de s'engager officiellement dans un accord de transfert avec la Direction générale des services médicaux, les conseils de bandes et de tribus peuvent demander du financement pour procéder à la préparation de la prise en charge fructueuse des responsabilités en matière de santé. Les activités comprennent également la mise sur pied et la formation d'un conseil de santé qui entreprend une évaluation des besoins en matière de santé et prépare un plan de santé communautaire.

• 0945

The transfer agreement, which is signed by the bands and the branch, provides global funding through a

L'accord de transfert, qui est signé par la bande et la Direction générale, prévoit un financement global grâce à

[Text]

transfer payment that covers ongoing community health management and resources for those programs. The band will be responsible in accordance with its community health plan. The transfer may also include all movable assets associated with the operation of the health program. It is important to note that at the present time, non-insured health benefits are excluded from transfer, with the exception of contracts and contributions for professional health services such as nurses.

One condition of transfer is that annual reports be made available to community members on program achievements measured against the community health plan. Another is the requirement for an annual financial and program audit, including adherence to mandatory programs and regular evaluations of program effectiveness. As well, the branch has a mechanism to intervene in the event of health emergencies, financial difficulties or service breakdown. However, the branch retains post-transfer responsibility for upgrading, clinical and outpost training finances, the Indian and Inuit health careers program, the school of dental therapy, research related to alcohol and drug abuse, and other centralized training programs.

It is important to note that transfer offers Indian communities an excellent opportunity to integrate the plethora of services offered at the local level. By allowing bands the opportunity to establish their own priorities, health problems whose cause may lie in such diverse areas as poor housing, inadequate water supply, etc., can be addressed in a manner appropriate to the individual community's needs.

At the present time, six program transfers have been completed: the Nisga'a Valley Health Board, the Nuw Chah Nulth Tribal Council, the Conseil Attikamek Montagnais, the William Charles Band, the River Desert Band and the Sandy Bay Band. These transfers involve approximately \$8 million per year and an equivalent of 45 person-years.

Regarding directions for the future, the Medical Services Branch faces a number of challenges in striving to ensure that Indian communities receive the health services they require. These challenges involve both program and policy considerations and will require close consultation with the Indian communities and their political leadership.

[Translation]

un paiement de transfert qui couvre la gestion courante de la santé communautaire et les ressources des programmes qui seront responsables conformément au plan de santé communautaire. Le transfert peut également comprendre tous les biens meubles associés au fonctionnement des programmes de santé. Il est important de noter qu'à l'heure actuelle, les services de santé non assurés sont exclus du transfert, à l'exception des marchés et des contributions pour les services de santé professionnels, tels les soins infirmiers.

Une condition du transfert est que des rapports annuels doivent être rendus disponibles aux membres de la collectivité sur les réalisations des programmes en regard du plan de santé communautaire. Une autre condition, c'est l'exigence d'une vérification financière annuelle et d'une vérification des programmes, y compris l'adhésion aux programmes obligatoires et des évaluations régulières de l'efficacité des programmes. De même, la Direction générale dispose d'un mécanisme pour intervenir dans l'éventualité d'urgences en matière de formation, de difficultés financières ou de rupture des services.

Cependant, la Direction générale conserve la responsabilité postérieure au transfert du perfectionnement et de la formation en clinique et dans des postes isolés des infirmiers et infirmières, du programme de carrières pour les Indiens et les Inuit dans le domaine de la santé, de l'école de dentothérapie, de la recherche relative à l'abus de l'alcool et des drogues ainsi que d'autres programmes de formation centralisés; il est important de noter que le transfert offre aux collectivités indiennes une excellente occasion d'intégrer la multitude des services offerts au niveau local. En donnant aux bandes la possibilité d'établir leurs priorités en ce qui concerne les problèmes de santé dont les causes peuvent résider dans des secteurs aussi divers que la pauvreté de l'habitation, un approvisionnement en eau inadéquat, etc, ceux-ci peuvent être réglés d'une manière appropriée aux besoins individuels des collectivités.

À l'heure actuelle, six transferts de programmes ont été complétés: ceux du conseil de la santé de la vallée de Nisga'a, du conseil de tribu de Nuw Chah Nulth, du conseil Attikamek Montagnais, de la bande de Charles William, de la bande de River Desert et de la bande de Sandy Bay. Ces transferts entraînent la dépense d'environ 8 millions de dollars par année et de l'équivalent de 45 années-personnes.

Pour ce qui est de l'orientation pour l'avenir, la direction générale des services médicaux fait face à un certain nombre de défis en s'assurant que les collectivités indiennes obtiennent les services de santé dont elles ont besoin. Ces défis supposent des considérations en matière de programmes et de politiques et ils demanderont une consultation étroite avec les collectivités indiennes et leurs dirigeants politiques.

[Texte]

It must be noted, however, that these challenges are not exclusively health issues. Rather, many are multidisciplinary issues requiring input from various sectors, including social services, housing and environmental services. The role of the Medical Services Branch in these cases is primarily to position itself appropriately within the context of the changing Indian socio-economic situation.

Although a list of items on which work is currently being done could go on for quite some time, several of the more important challenges are worth highlighting: AIDS and HIV infection in Indian communities; lifestyle diseases, especially obesity and adult-onset diabetes; the control of communicable diseases such as tuberculosis in Indian communities; issues resulting from the unique demographics of the Indian population, especially services for Indian youth, seniors and disabled people on reserve; and the impact of the breakdown of traditional nuclear families on reserve.

Three issues in particular are worth elaborating on, since they represent gaps in the services currently provided on reserve and areas where much work by Medical Services Branch health professionals and others is being focused.

Resourcing for new programs and services to meet the increasing and emerging health needs of Indian people is always a concern. Resource requirements for Indian health programs need special consideration, because it is often difficult to compare Indian-specific programs with programs offered to all Canadians.

The principal reasons for this are that many Indian reserves are located in remote and isolated areas. The services required by Indian people are not the same as those for Canadians in general because of their unique history, culture and other factors. The demographic structure of the Indian population means there is more need for emphasis on the health requirements of youth and the elderly. Insufficient availability of resources to meet the new Indian health needs could also lead to downstream difficulties in pursuing program transfer.

More emphasis is required on lifestyle-related problems among Indian people. This includes the spectrum of issues from obesity and its resultant increased rates of diabetes, to mental health problems related to substance abuse among Indian youth. These types of problems call for a different approach to health services rather than new programs necessarily. What is required is a renewed

[Traduction]

On doit cependant noter que ces défis ne sont pas exclusivement reliés à des problèmes de santé. Il s'agit plutôt de nombreuses questions multi-disciplinaires, qui demandent l'apport de divers secteurs, notamment les services sociaux, les services de logement et d'hygiène du milieu. Dans ces cas, le rôle de la Direction générale des services médicaux est principalement de se placer dans une position appropriée dans le contexte de la situation socio-économique changeante des Indiens.

Bien qu'il faille un certain temps pour donner la liste des éléments sur lesquels il se fait du travail actuellement, plusieurs des défis plus importants méritent d'être signalés: le SIDA et le virus du VIH dans les collectivités indiennes, les maladies causées par le mode de vie, particulièrement l'obésité et le diabète chez les adultes, la lutte contre les maladies transmissibles comme la tuberculose dans les collectivités indiennes, les problèmes résultant de la démographie unique de la population indienne, particulièrement en ce qui concerne les services aux jeunes Indiens, aux personnes âgées et aux personnes handicapées dans les réserves, et les répercussions de la rupture du noyau familial traditionnel dans les réserves.

Trois problèmes en particulier méritent un développement puisqu'ils représentent des lacunes dans les services actuellement offerts dans les réserves et des secteurs dans lesquels les professionnels de la santé de la Direction générale des services médicaux centrent beaucoup de travail.

Le ressourcement pour de nouveaux programmes et services visant à répondre aux besoins croissants et naissants des Indiens en matière de santé est toujours une préoccupation. Les besoins en ressources pour les programmes de santé destinés aux Indiens nécessitent une attention particulière parce que, souvent, il est difficile de comparer les programmes propres aux Indiens aux programmes offerts à tous les Canadiens.

Les principales raisons de cette difficulté ont trait au fait que de nombreuses réserves indiennes sont situées dans des régions éloignées et isolées, que les services requis par les Indiens ne sont pas les mêmes que pour les Canadiens en général, à cause de l'histoire, de la culture et d'autres facteurs uniques aux Indiens, et que la structure démographique de la population indienne signifie qu'il faut mettre davantage l'accent sur les besoins des jeunes et des personnes âgées en matière de santé. Une disponibilité insuffisante de ressources pour répondre aux nouveaux besoins des Indiens en matière de santé pourrait également conduire à précipiter les difficultés dans la poursuite de l'initiative de transfert de programme.

• 0950

On doit davantage l'accent sur les problèmes reliés au mode de vie chez les Indiens. Cette question comprend toute la gamme des problèmes qui va de l'obésité et des taux de diabète accrus qui en résultent aux problèmes de santé mentale reliés à l'abus d'alcool et de drogues chez les jeunes Indiens. Ces genres de problèmes demandent une approche différente des services de santé plutôt que

[Text]

emphasis on health promotion in lieu of simply treating the problems. This requires training of the myriad of health professionals employed by Medical Services Branch and the bands, and a commitment on their part to approach their tasks from this new perspective.

Adult care services, which promote independence and provide support and care to persons at home and in communities, are also becoming a priority need on reserve. Examples of these services are home nursing, homemakers, in-home support services, and adult daycare. The target groups for adult care are the elderly, the disabled, persons with chronic conditions, and persons requiring short-term care at home to prevent hospitalization or to permit early hospital discharge. At present, on-reserve adult care services are fragmented, unevenly available and inadequately funded. Provincial programs are, in most cases, not available on the reserve. There are growing numbers of elderly people on reserve, and the data available show a high prevalence of disabilities and chronic conditions among on-reserve residents. Indian people themselves identify home care for the elderly and disabled as a priority.

Conclusions: Relative to most government organizations, Medical Services Branch is large. In 1989-90, estimates were for \$534 million and 2,358 person-years. Of these resources, \$495 million and almost 1,900 person-years are allocated to Indian and Northern Health Services. These resources permit Medical Services Branch to provide the health professionals, the facilities and the support services necessary to ensure that Indian people living on reserves across Canada receive the level of health care they require.

Despite the resources allocated for health services, Indian health, in some respects, remains unacceptably poor. Gaps remain in the health services delivery available on reserve. As well, there is a growing awareness that many of the health problems on reserve require an inter-sectoral approach combining health, social, environmental, housing and other services. Medical Services Branch is addressing these problems by moving away from a treatment oriented approach and towards a prevention and health promotion oriented approach by considering the need for new and innovative programs and services to deal with the emerging problems on reserve, by working co-operatively with other departments having responsibility for Indian affairs, and by focusing on community development.

[Translation]

nécessairement des programmes nouveaux. Il nous faut placer un accent renouvelé sur la promotion de la santé plutôt que de simplement traiter les problèmes. Cela demandera la formation d'une multitude de professionnels de la santé employés par la Direction générale des services médicaux et les bandes ainsi qu'un engagement de leur part à aborder leurs tâches depuis cette nouvelle perspective.

Les services de soins aux adultes qui encouragent l'autonomie et offrent un appui et des soins aux personnes à la maison et dans les collectivités deviennent également un besoin prioritaire dans les réserves. Des exemples de ces services comprennent les soins infirmiers à domicile, les services d'entretien à domicile, les services de soutien à domicile et les soins de jour aux adultes. Pour les soins aux adultes, les groupes cibles sont les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes ayant une affection chronique et les personnes ayant besoin de soins à court terme à domicile pour prévenir une hospitalisation ou leur permettre de quitter plus rapidement l'hôpital. À l'heure actuelle, les services de soins aux adultes dans les réserves sont fragmentés, disponibles de façon inégale et financés de façon inadéquate. Dans la plupart des cas, les programmes provinciaux ne sont pas disponibles dans les réserves. Il y a un nombre croissant de personnes âgées dans les réserves et les données disponibles révèlent un taux élevé de handicaps et d'affections chroniques chez les résidents des réserves. Les Indiens eux-mêmes font des soins à domicile une priorité pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Conclusions: Comparativement à la plupart des organisations gouvernementales, la Direction générale des services médicaux est importante: les estimations de 1989-1990 étaient de 534 millions de dollars et de 2,358 années-personnes. De ces ressources, 495 millions de dollars et presque 1,900 années-personnes sont affectés aux services de santé aux Indiens et dans le Nord. Ces ressources permettent à la Direction générale des services médicaux de fournir les professionnels de la santé, les installations et les services de soutien nécessaires pour garantir que les Indiens vivant dans les réserves de tout le Canada obtiennent le niveau de soins de santé dont ils ont besoin.

Malgré les ressources affectées aux services de santé, la santé des Indiens demeure à maints égards inacceptablement mauvaise. Il reste des lacunes dans la prestation des services de santé disponibles dans les réserves. De même, il existe une prise de conscience croissante que de nombreux problèmes de santé dans les réserves demandent une approche intersectorielle combinant les services de santé, les services sociaux, les services d'hygiène du milieu et de logement ainsi que d'autres services. La Direction générale des services médicaux aborde ces problèmes en passant d'une approche axée sur le traitement à une approche axée sur la prévention et la promotion de la santé, en envisageant la nécessité de programmes et de services nouveaux et innovateurs conçus pour régler les problèmes qui

[Texte]

In addition, the move toward greater Indian control over their own health services empowers the Indian people to deal with their own health problems. This should contribute to better health of Indian people, generated and maintained by the Indian communities themselves. Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Lynch. We appreciate the presentation, the format and the concise information it has provided to us. I think it certainly emphasizes the diverse degree of health care services available in Canada and the different needs of people in some of the outlying regions. Are there any other comments from the witnesses at this point?

Dr. Lynch: I would just like to point out that we have given you copies of the presentation, plus a copy of the Indian health policy of 1979, which you may not have had previously.

The Chairman: Thank you.

Mr. Halliday (Oxford): I would like to welcome our witnesses today and tell them we are pleased to have them here.

• 0955

The title of your branch, Medical Services Branch, does not suggest anything to do with native peoples at all. I am wondering whether you have a counterpart in the department that deals with medical services for the rest of Canadians.

Dr. Lynch: No. As you know, the medical services to the rest of Canadians are a provincial responsibility. There is the Health Services Branch that also deals with provinces in terms of other health issues. Our branch deals with more than Indian health. We also have responsibility for immigration and civil-aviation health. We also deal with some other areas, although Indian health is our primary service.

Mr. Halliday: A few years back, leading up to the Canada Health Act's being passed, there was a feeling at the federal level that there should be a responsibility on the part of the federal government to ensure accessibility to health care for all Canadians. I am wondering what branch in your department takes care of the accessibility. We see so many examples in the daily press of people who are unable to get the health care they want when they want it. What branch in your department is concerned about that issue?

Dr. Lynch: We look after the Indian health component. Indian people have access to all the provincial programs that you or I have access to. We fill

[Traduction]

émergent dans les réserves, en travaillant en collaboration avec d'autres ministères qui ont la responsabilité des affaires indiennes, et en mettant l'accent sur le développement communautaire.

En outre, le mouvement vers un plus grand contrôle des Indiens sur leurs propres services de santé donne aux Indiens le pouvoir de régler leurs propres problèmes de santé ce qui devrait contribuer à améliorer la santé des Indiens, amélioration produite et maintenue par les collectivités indiennes elles-mêmes. Merci, Monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup, D^r Lynch. Nous vous remercions de cet exposé, du format de votre présentation et de la façon concise dont vous nous avez donné ces renseignements. Je pense que vous avez fait ressortir la grande variété de services de santé disponibles au Canada ainsi que les besoins différents des habitants des régions éloignées. Auriez-vous d'autres remarques à faire?

Dr Lynch: J'aimerais simplement mentionner que nous avons distribué des exemplaires de notre mémoire ainsi qu'une copie de la politique en matière de santé de 1979 à l'intention des Indiens, que vous n'avez peut-être pas.

Le président: Merci.

M. Halliday (Oxford): Je souhaite la bienvenue à nos témoins, que je suis très heureux de voir ici.

La Direction générale des services médicaux, voilà un titre qui ne nous laisse pas du tout supposer que vous vous intéressez aux autochtones. Y a-t-il un autre service du ministère qui se préoccupe des services médicaux à l'intention des autres Canadiens.

Dr Lynch: Non. Comme vous le savez, ce sont les provinces qui sont responsables des services médicaux à l'intention des autres Canadiens. La Direction générale des services de santé, elle aussi, traite des autres questions de santé avec les provinces. Nos services ne limitent pas leurs activités uniquement à la santé des Indiens. Nous sommes également responsables des services médicaux de l'immigration et de la médecine aéronautique civile, ainsi que d'autres domaines, bien que notre responsabilité première soit celle de la santé des Indiens.

M. Halliday: Il y a quelques années, avant l'adoption de la Loi canadienne sur la santé, le gouvernement fédéral semblait penser qu'il lui revenait de garantir l'accessibilité aux soins de santé à tous les Canadiens. Je me demande quelle direction du ministère a la responsabilité d'assurer cette accessibilité. Dans les quotidiens, il y a quantité d'exemples de personnes incapables d'obtenir lorsqu'elles le souhaitent les soins de santé qu'elles désirent avoir. De quel service de votre ministère relève cette question?

Dr Lynch: Nous sommes responsables de la santé des Indiens. Ceux-ci peuvent se prévaloir de tous les programmes provinciaux auxquels vous et moi faisons

[Text]

gaps where they exist. I would think it would probably be health services that would be looking after the other elements. They look after the monitoring of accessibility under the Canada Health Act.

Mr. Halliday: You have raised with us an interesting observation about the NNADAP program. What are the results of this program? Have you been able to measure any effective results over the years?

Dr. Lynch: We have had some difficulties measuring the results of the NNADAP program, although we are now in the process of putting into place information systems that are measuring both the treatment and the prevention side of it. The treatment information systems are far easier to put in place than the prevention ones. We have a treatment activity reporting system that is able to tell us what kind of people go through the programs, how many come back, and how many move on and get employment as a result of becoming sober.

We are also talking with a number of Indian communities and doing some research into the effect of the NNADAP program. Alberta, for instance, is where we have had the longest activity in alcohol programming for native people. We are going to be moving into a research project with one of the treatment centres to try to get some statistics on incarceration and the effects of the NNADAP program at the community level. We are being told quite clearly by the Indian people that they see a big difference. For instance, 10 years ago, council and chief-in-council meetings would be held and people would come drunk. It would be normal practice. Now people ask them why they are drunk, and then they ask them to leave. There are many more sober activities occurring in communities. We are going to try to collect this information in some more systematic way so that we can show the value of the program.

Mr. Halliday: That sounds encouraging, even if it is retroactive in a sense. What about prospective plans for the transfer program, and being able to monitor its beneficial or adverse effects?

Mr. Jim Moore (Director General, Program Transfer, Policy and Planning, Medical Services Branch, Department of National Health and Welfare): It is actually a bit early to know how effectively the transfer process will be in changing health conditions in Indian communities. The initiative is about three years old. We received Cabinet approval in 1988 to begin this process, and we received resources as late as last June. We would expect that over time the Indian leadership will take more interest in the health of their community members, because they will be assuming greater responsibility for managing the delivery of health care services in their communities.

[Translation]

appel. S'il y a des lacunes, nous les comblons. Ce serait des services de santé que relèveraient les autres composantes, puisque ce sont eux qui surveillent, aux termes de la Loi canadienne sur la santé, le niveau d'accessibilité.

M. Halliday: Vous nous avez fait une remarque intéressante au sujet du PNLAADA. Ce programme a-t-il donné des résultats? Avez-vous constaté des résultats encourageants au fil des ans?

Dr Lynch: Nous éprouvons quelques difficultés à quantifier les résultats de ce programme; à l'heure actuelle, nous mettons en place des systèmes d'information capables de calculer les résultats et des soins et de la prévention. Il est beaucoup plus facile de concevoir des systèmes d'information sur les soins que sur la prévention. Grâce à un système de rapport sur les soins, nous sommes en mesure de savoir qui a recours à nos programmes, le taux de récidivisme, le taux de réussite et le nombre de ceux qui trouvent un emploi parce qu'ils sont maintenant sobres.

Nous consultons également plusieurs communautés indiennes au sujet des résultats du PNLAADA et nous faisons des recherches à ce sujet. C'est en Alberta par exemple qu'existe depuis longtemps un programme de lutte contre l'alcoolisme à l'intention des autochtones. Nous mettons sur pied un projet de recherche en collaboration avec l'un des centres de traitement afin d'essayer d'obtenir des statistiques sur le taux d'incarcération des participants et l'incidence du programme sur la collectivité. Les Indiens nous disent très clairement qu'ils constatent une grande différence. Par exemple, il y a 10 ans, aux réunions du Conseil de bande et aux réunions des chefs, les gens se présentaient en état d'ébriété. C'était normal. Maintenant, si quelqu'un se présente en état d'ébriété, on lui demande pourquoi et ensuite on lui demande de sortir. La sobriété est de rigueur à un plus grand nombre d'activités communautaires. Nous allons donc essayer de colliger ces données d'une façon plus systématique afin de pouvoir démontrer qu'elle est la valeur de ce programme.

M. Halliday: Cela me semble encourageant même si vous procédez rétroactivement, d'une certaine manière. Qu'envisagez-vous faire du transfert des programmes et allez-vous pouvoir vérifier son incidence positive ou négative?

M. Jim Moore (directeur général, direction du Transfert des programmes, des politiques et de la planification, Direction générale des services médicaux, ministère de la Santé et du Bien-être social): Il est encore un peu tôt pour déterminer jusqu'à quel point le processus de transfert permettra de modifier les conditions dans les localités indiennes. Cette initiative remonte à il y a environ trois ans. Nous avons obtenu l'autorisation du Cabinet en 1988 pour lancer ce processus et encore en juin dernier, on nous confiait des ressources à cette fin. Nous nous attendons à ce que, avec le temps, les chefs indiens s'intéressent dans une plus grande mesure à la santé de leurs membres puisqu'ils vont

[Texte]

We have no doubt that if Indian communities are in a position to determine for themselves what their health needs are, to define those through the ambit of a community health plan and then to receive the resources to deliver services, over time that will have a positive impact on health conditions in Indian communities.

• 1000

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman, and thanks to my colleagues.

Mrs. Clancy (Halifax): Mr. Chairman, I apologize for being late, but I was at another meeting.

I am particularly interested in the community health services. Do you also deliver health services in the Northwest Territories?

Dr. Lynch: No.

Mrs. Clancy: I noticed that one of the hospitals you operate is in the Yukon.

Dr. Lynch: Yes. We transferred responsibility for the health services in the Northwest Territories to the Government of the Northwest Territories in April 1988.

Mrs. Clancy: But you do it in the Yukon territory.

Dr. Lynch: Yes.

Mrs. Clancy: When I was in the north, not in the Yukon, but I am not certain it would make that much difference, I spoke with some of the Inuit women up there. They talked a great deal about the difficulty of native women creating a relationship of trust with health care workers. I am wondering if you have any comment on that, and on the number of women in the health care field. The native women seemed to think that with more women nurse practitioners, women doctors, etc., this problem would be alleviated. Would you have any comments to make on that?

Dr. Lynch: That is not an uncommon thing to find, especially in small communities and especially in traditional communities where the women are reluctant to go to male health care providers, especially male health care providers from outside their own culture.

Within the community health program we have a range of health care workers. There are two mainstay people in our community health program. Those are the nurses, some of whom are nurse practitioners, some of whom are community health nurses, and the community health representatives. The vast majority of those two workers are women. We have a few male CHRs, but very few.

Historically, the kind of women we got into the Community Health Representatives Program were the

[Traduction]

devoir assumer une plus grande part de responsabilité dans la prestation des services de santé dans leurs localités.

Nous sommes persuadés que si les localités indiennes sont en mesure de déterminer elles-mêmes quels sont leurs besoins en matière de santé, de les définir dans le cadre du plan communautaire de santé et ensuite d'obtenir les ressources nécessaires pour la prestation des services, avec le temps, cela ne saurait avoir qu'une incidence positive sur la santé dans les localités indiennes.

M. Halliday: Merci, monsieur le président, et merci, chers collègues.

Mme Clancy (Halifax): Monsieur le président, je m'excuse d'être arrivée en retard, mais j'étais à une autre réunion.

Je m'intéresse tout particulièrement aux services communautaires de santé. Êtes-vous également responsable de la prestation de services dans les Territoires du Nord-Ouest?

Le Docteur Lynch: Non.

Mme Clancy: Je remarque que vous administrez un hôpital au Yukon.

Le Dr Lynch: Oui. Dans le cas des Territoires du Nord-Ouest, nous avons transféré la responsabilité en la matière au gouvernement des Territoires au mois d'avril 1988.

Mme Clancy: Mais vous êtes toujours responsable au Yukon.

Le Dr Lynch: Oui.

Mme Clancy: Lorsque j'étais dans le Nord, mais non au Yukon, bien que cela n'ait peut-être pas beaucoup d'importance, j'ai parlé à des femmes Inuit. Elles m'ont expliqué la grande difficulté qu'ont les femmes autochtones à faire confiance aux travailleurs de la santé. Qu'en pensez-vous et que pensez-vous du nombre de femmes dans le domaine des soins de santé? Les femmes autochtones semblent penser que si un plus grand nombre de femmes étaient infirmières, médecins, etc., cela diminuerait le problème. Qu'en pensez-vous?

Le Dr Lynch: C'est en général le cas, surtout dans les petites localités et dans les localités traditionnelles; les femmes hésitent à s'adresser à des hommes dans le domaine des soins de santé, surtout à des hommes qui ne sont pas de leur propre culture.

Au sein du programme communautaire de santé, nous avons une grande variété de travailleurs. Notre programme communautaire de santé repose sur deux piliers, les infirmières, dont certaines sont des infirmières de première ligne, et d'autres des infirmières de santé communautaire, et les représentants communautaires. La grande majorité de ces professionnelles sont des femmes. Nous avons quelques représentants mâles, mais très peu.

Depuis toujours, le programme de représentants communautaires attire des femmes plus âgées qui ont déjà

[Text]

older women who already had the trust and confidence of the people within the community, and we found that to be very, very valuable. Today we are finding that more and more younger women are moving into the program, maybe as a first step toward nursing or toward some other health profession. So we have a mixture. But most of them are women, and I think that is important, especially for the older traditional women in the community.

Mrs. Clancy: Do you have any idea how many of those would be native women?

Dr. Lynch: Virtually all the CHRs are native.

Mrs. Clancy: Do you have some native women now as nurses or nurse practitioners?

Dr. Lynch: Yes, we have a number of native nurses. We also have very close contact with the Indian-Inuit Nurses of Canada. They work with us in an attempt to recruit more native nurses into the Medical Services Branch or into working for bands. In addition, through the Indian Health Careers Program we are promoting the movement of Indian people, be they male or female, into the nursing profession. There is no requirement that these people go back and work in their communities, but our hope is that they would.

Mrs. Clancy: What if a need arises for a doctor or for more intensive medical care? Do the CHRs and the nurses sort of ease that transition for the more traditional women, or is there still a problem on a communication level?

Dr. Lynch: There are a number of ways that will be dealt with. In most situations there are physicians locally available. The CHRs and the nurses know those physicians, and when there is a need they can act as an interpreter or work with the physician. In many cases the physicians actually come on reserve to do clinics. In other cases the individual will go to the local town for treatment.

If you are dealing with an isolated remote location, where an individual has to go out to get treatment, if the individual is very traditional and perhaps has not a very good knowledge of English, we do support escorts and interpreters to go with them and to sit with them while they are with the physician, in order to explain to the physician their problems.

• 1005

Mrs. Clancy: Just out of curiosity, what would be the percentage of women physicians?

Dr. Lynch: We do not have physicians as medical physicians.

Mrs. Clancy: How many are available, or would you know?

[Translation]

su gagner la confiance de la population locale; c'est appréciable. Aujourd'hui, nous constatons que des femmes de plus en plus jeunes demandent à participer au programme, parfois comme un premier pas dans la voie d'une carrière d'infirmière ou d'une autre profession de la santé. Nous avons donc un mélange. Mais dans la plupart des cas, il s'agit de femmes, ce qui est important, je pense, surtout pour les femmes traditionnelles plus âgées de la collectivité.

Mme Clancy: Avez-vous une idée du nombre de femmes autochtones?

Le Dr Lynch: Presque toutes les représentantes sont des autochtones.

Mme Clancy: Avez-vous des infirmières ou des infirmières de première ligne qui soient autochtones?

Dr Lynch: Oui, nous avons plusieurs infirmières autochtones. Nous maintenons également des contacts très étroits avec l'Association des infirmières indiennes et Inuit du Canada. Nous travaillons ensemble afin d'essayer de recruter un plus grand nombre d'infirmières autochtones à la Direction générale des services médicaux et pour des postes dans les bandes. En outre, par l'entremise du Programme de carrière pour les Indiens et les Inuit dans le domaine de la santé, nous encourageons les Indiens hommes ou femmes à se lancer dans les sciences infirmières. Nous n'exigeons pas que ces personnes retournent travailler dans leur localité, mais nous espérons qu'elles le feront.

Mme Clancy: Qu'arrive-t-il s'il faut un médecin ou des soins plus poussés? Est-ce que les représentantes et les infirmières facilitent cette transition pour la femme plus traditionnelle ou est-ce qu'un problème de communication demeure?

Le Dr Lynch: Il y a plusieurs scénarios possibles. Dans la plupart des cas, il y a des médecins sur place. Les représentantes et les infirmières connaissent ces médecins et, au besoin, elles peuvent servir d'interprète ou encore travailler aux côtés du médecin. Dans de nombreux cas, les médecins viennent faire la clinique dans la réserve. Dans d'autres cas, c'est le patient qui se rend dans la localité la plus proche pour y recevoir des soins.

Dans le cas des localités les plus éloignées, si un patient doit se rendre à l'extérieur pour y recevoir des soins, et s'il s'agit d'une personne très traditionnelle qui n'a peut-être pas une très bonne connaissance de l'anglais, nous offrons des services d'escorte et d'interprète afin que le patient puisse comprendre et expliquer ses problèmes au médecin.

Mme Clancy: Je suis curieuse: quel est le pourcentage de femmes médecins?

Le Dr. Lynch: Nous n'avons pas de statistiques sur les docteurs en médecine.

Mme Clancy: Combien y en a-t-il, le savez-vous?

[Texte]

Dr. Lynch: I would not know that. We would have to have a look at the proportion of women physicians within the Canadian health system and an idea of where they are located. I do not have those figures for you. We could try to get them if you are interested.

Mrs. Clancy: I would be interested.

Dr. Lynch: I do not know how accurately we could get them, but we could try.

Mrs. Clancy: The comment was made by a number of native people in the north that the advent of women physicians, nurse practitioners and so on was making the situation somewhat simpler.

You mentioned physicians coming on to the reserves to do clinics. What sort of facilities do you have or are available for these clinics?

Dr. Lynch: We have a number of facilities. We have the hospitals, obviously. We then have a facility, which is the next one down, called a nursing station. The nursing station has both treatment and community health facilities within it and it also usually has holding beds. An individual with a very minor complaint could in fact be kept overnight within the nursing station. Or if, for instance, the weather was down and you had a patient who required evacuation, the nurses could look after the individual overnight until the evacuation was possible.

They are fully staffed with an emergency room type of facility, with holding rooms, treatment rooms and medical examining rooms, as well as community health rooms and public health rooms. The community health rooms include a very large room where we do well-baby clinics and also have group activities, plus some small rooms for counselling, and offices for the nurses, CHRs and other workers.

We then have the health centre, and the health centre varies quite a lot. If the community is very close to an urban centre, it may well have only community health facilities within the health centre. If, however, there are physicians from the local centre who are willing to come out to the reserve to do clinics, we provide examining rooms and an area for the physicians to do their paperwork. Those examining rooms will be very similar to what you would find in any doctor's office.

The health stations in general are very much smaller. Those are areas where we do not have full-time nursing staff. The nurse may visit once a week or once every two weeks. They usually have only public health facilities in them and they are usually located close to an urban centre where a physician can be available. If, again, a physician is willing to come out, we can usually make space available. Oftentimes the bands themselves, if there is no space in our facility, will make space available in the band administration building for physicians.

[Traduction]

Le Dr. Lynch: Je ne le sais pas. Il faudrait d'abord considérer le pourcentage de femmes médecins dans tout le réseau canadien de santé afin d'avoir une idée sur leur distribution géographique. Je n'ai pas ces chiffres. Nous pourrions essayer de vous les fournir, si cela vous intéresse.

Mme Clancy: Cela m'intéresse.

Le Dr. Lynch: Je ne sais pas jusqu'à quel point ces chiffres seraient exacts, mais nous verrons.

Mme Clancy: De nombreux autochtones dans le Nord nous ont dit que l'avènement de femmes médecins, d'infirmières de première ligne, etc, simplifiait beaucoup la situation.

Vous avez parlé des médecins qui se rendent dans les réserves pour offrir des services de clinique. De quel genre d'installations disposent-ils?

Le Dr. Lynch: Il y a plusieurs possibilités. Evidemment, il y a les hôpitaux. Nous avons ensuite ce que nous appelons des centres de soins infirmiers qui offrent des services un peu moins exhaustifs. Il s'agit d'installations de soins et de santé communautaires qui comprennent en général également des lits d'attente. Par exemple, un patient qui se plaint de quelque chose de peu grave pourrait y passer la nuit. Ou encore si le temps était mauvais mais qu'on doive faire l'évacuation d'un patient, les infirmières pourraient le surveiller pendant la nuit jusqu'à ce que le transport soit possible.

Ces centres comprennent tout, une salle d'urgence, des salles d'attentes pour les patients, des salles de soins et d'examen ainsi que des salles de santé communautaire et de santé publique. Les salles de santé communautaire comprennent une très grande pièce où l'on tient une clinique à l'intention des bébés en bonne santé ainsi que des activités de groupe. Il y a également de plus petites salles pour des séances d'orientation et des bureaux pour les infirmières, les représentantes de santé communautaires et les autres employés.

Il y a ensuite les centres de santé, qui peuvent varier énormément d'un endroit à l'autre. Si la localité se trouve tout près d'un centre urbain, eh bien il pourrait s'agir d'installations de santé communautaire tout simplement. Si, toutefois, les médecins du centre local sont disposés à venir dans la réserve, nous fournissons des salles d'examen et des pièces pour que les médecins puissent s'occuper de la paperasserie. Les salles d'examen ressemblent beaucoup à ce que l'on trouve dans un cabinet de médecin.

Les stations de santé sont beaucoup plus petites en général. Il s'agit de stations où il n'y a pas de personnel infirmier à plein temps. L'infirmière se rend une fois par semaine ou une fois toutes les deux semaines. En général, on n'y trouve que d'installations de santé publique et elles sont situées dans les localités proches de centres urbains où l'on peut faire appel à un médecin. Si, encore une fois, le médecin est disposé à venir sur place, en général, nous fournissons l'espace nécessaire. Souvent, ce sont les bandes elles-mêmes, si nous n'avons pas de place dans nos

[Text]

Mrs. Clancy: You mentioned well-baby clinics. Do you also have well-women clinics?

Dr. Lynch: As such and named such, no. At the well-baby clinic, we do a lot of work with the women and with the mothers. We also provide classes, for instance, in pre-natal care. So, we do not have anything called "well women".

Mrs. Clancy: Your contact with women would literally be pre-natal, post-natal and with small children.

Dr. Lynch: In the MAP Child Program, yes. We also do home visits to pre-schoolers, so we do see the mothers also later. We do school health, so we see the young women during school period. There is no other specific program as a well-woman program, no.

Mrs. Clancy: I was wondering about the incidence of breast cancer among native women. Would it be the norm, higher or lower? Do you have any particular. . . ?

Dr. Lynch: In general, cancers are slightly lower than they are in the general population. For breast cancer specifically, I do not have the figure, but again, if you are interested, I could get it for you.

Mrs. Clancy: I would be. Thank you very much.

The Chairman: Before moving to Mr. Axworthy, I realize that we are getting down on numbers. Certainly I have indicated that I would like the opportunity to have you back at any further time. I realize that both of our members may have commitments. If you wish to be excused, I will stay and we will maintain quorum as long as opposition members would like to question the witnesses. Is that agreeable?

It would be with the caveat that we can have these back. I know we have members, probably on both sides, who are not here today who have reservations within their constituencies, and I am sure we would like to hear from them, if that is agreeable, if you would like to be excused at this time.

• 1010

Mr. Skelly (Comox—Alberni): I would like to go back a little bit to what Mrs. Clancy was talking about at the beginning, the employment equity issue. I understand from your presentation that you have \$495 million allocated to Indian and Inuit aspects of medical services, and that represents 1,900 person-years. I am wondering how many native people are employed in the branch.

[Translation]

installations, qui offrent des locaux aux médecins dans l'édifice administratif de la bande.

Mme Clancy: Vous avez parlé d'une clinique à l'intention des bébés en bonne santé. Avez-vous également des cliniques à l'intention des femmes en bonne santé?

Le Dr. Lynch: Comme tel, non. Dans le cadre des cliniques à l'intention des bébés, nous travaillons également beaucoup avec les femmes et avec les mères. Nous offrons également des cours de soins prénataux. Mais nous n'avons rien qui s'adresse à la femme en bonne santé.

Mme Clancy: Donc vos contacts avec les femmes se limitent vraiment à des soins prénataux, post-nataux et de périculture.

Le Dr. Lynch: Oui, dans le cadre du programme destiné aux enfants. Mais nous effectuons également des visites à domicile pour voir les enfants d'âge préscolaire et nous voyons donc les mères plus tard. Nous nous occupons de la santé à l'école, et nous voyons les jeunes femmes à l'école. Mais il n'y a pas de programme précis de prévention à l'intention des femmes.

Mme Clancy: Quel est le taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes autochtones? Le taux d'incidence est-il normal, supérieur ou inférieur à la moyenne? Avez-vous des. . . ?

Le Dr. Lynch: D'une façon générale, l'incidence du cancer est légèrement inférieure que chez la population générale. Dans le cas particulièrement du cancer du sein, je n'ai pas les chiffres, mais, là encore, si cela vous intéresse, je peux vous les fournir.

Mme Clancy: Oui, je vous remercie beaucoup.

Le président: Avant de passer à M. Axworthy, j'aimerais dire que je me rends compte que nous sommes de moins en moins nombreux. Comme je l'ai déjà dit, j'aimerais que vous reveniez à une date ultérieure. Je sais que les deux députés ont peut-être des engagements. Si vous voulez partir, je vais rester et maintenir le quorum pendant aussi longtemps que les députés de l'opposition voudront poser des questions aux témoins. Cela vous convient-il?

Il est entendu, toutefois, que nous réinviterons ces témoins. Je sais qu'il y a des députés, des trois partis probablement, qui sont absents aujourd'hui et qui sont retenus dans leur circonscription, et je suis sûr que nous aimerions tous les entendre, si cela vous convient.

M. Skelly (Comox—Alberni): J'aimerais revenir un peu sur la question abordée par M^{me} Clancy au tout début, soit la question de l'équité d'emploi. Selon votre exposé, on a alloué 495 millions de dollars aux services médicaux destinés aux Indiens et aux Inuit, cette somme représente 1,900 années-personnes. J'aimerais savoir combien d'autochtones travaillent à la direction.

[Texte]

I understand the Treasury Board guidelines apply to you, which are similar to the Employment Equity Act, but according to the human rights report last year, only the Department of Indian Affairs was in compliance with the Treasury Board guidelines, and they have 27% of all the natives employed by the government. I am wondering where your branch or your department fits in terms of compliance with the Treasury Board guidelines.

Dr. Lynch: Mr. Skelly, I will have to get back to you with the number. I do not have the number with me. However, we do employ a lot of native people, and I also would like to point out that we have a large number of native people employed through our contribution agreements. Especially with transfer, more and more we are getting away from having people employed by the federal government and more having them employed by bands.

We have I think somewhere in the region of 600 CHRs, the vast majority of whom are band employed. We have only 17 federal CHRs left, the vast majority of whom are native, almost without exception, but I would not say completely without exception. In addition, we have over 400 NNADAP workers working for the NNADAP program. We fund through the NNADAP program directly at the community level, who are again virtually all native people. We also have a number of employees through the transfer who would be native. We can certainly get those figures for you.

Mr. Moore: Mr. Chairman, Mr. Skelly, as Dr. Lynch indicated, we will get you the number. But I am pretty safe in saying that we do meet those figures, because as Gillian mentioned, a great preponderance of our community health workers and NNADAP workers in the field are native.

Mr. Skelly: In terms of meeting the requirements of the Treasury Board employment equity guidelines, are you allowed to calculate people employed on contract or people employed within bands quite separately from your organization in determining compliance with the Treasury Board employment equity guidelines?

Mr. Moore: No, we do not. But regardless of those particular numbers, if you look at those who are being employed through band contribution agreements, strictly band contribution agreements between the federal government and the band, then certainly we would meet those quotas. We can get you specific numbers and tell you exactly how they are being employed as well.

Dr. Lynch: We certainly employ native people wherever we can, and through the Indian Health Careers Program we are trying to bring more and more people up

[Traduction]

Apparemment, les directives du Conseil du Trésor, qui ressemblent aux dispositions de la *Employment Equity Act*, s'appliquent à vous, mais selon le rapport sur les droits de la personne publié l'an dernier, seul le ministère des Affaires indiennes a respecté les directives du Conseil du Trésor, recrutant 27 p. 100 de tous les autochtones qui travaillent pour le gouvernement fédéral. J'aimerais savoir dans quelle mesure votre direction ou votre ministère se sont conformés aux directives du Conseil du Trésor.

M. Lynch: Monsieur Skelly, il faudra que je vous fournisse les chiffres plus tard, car je ne les ai pas sur moi. Je sais que nous employons un grand nombre d'autochtones, et je vous fais remarquer également que nous en employons un grand nombre dans le cadre de nos accords de contribution. Avec les transferts de pouvoir, nous avons de moins en moins de gens qui travaillent pour le gouvernement fédéral et de plus en plus qui sont employés par les bandes.

Je pense qu'il y a environ 600 représentants de services de santé communautaire dont la grosse majorité travaille pour le compte des bandes. Il reste 17 représentants fédéraux des services de santé communautaire, et pratiquement tous sont des autochtones, mais il y a quelques exceptions. Nous avons également 400 personnes qui travaillent pour le programme PNLAAD. Par le truchement de ce programme, nous offrons une aide directe au niveau des collectivités qui emploient uniquement des autochtones à toutes fins pratiques. Nous avons également un certain nombre d'employés autochtones qui s'occupent des transferts. Nous pourrions certainement vous fournir les chiffres précis.

M. Moore: Monsieur le président, monsieur Skelly, comme l'a dit M. Lynch, nous vous fournirons ces chiffres. Je ne pense toutefois pas me tromper en disant que nous respectons les normes, car, comme l'a mentionné Gillian, la grosse majorité des représentants des services de santé communautaire et des gens qui travaillent pour le PNLAAD à l'échelle locale sont des autochtones.

M. Skelly: Pour ce qui est des directives du Conseil du Trésor en matière d'équité d'emploi, vous permet-on de compter à part les gens engagés à contrat ou les gens qui travaillent dans les bandes et ceux qui travaillent dans votre organisation, pour voir si vous respectez les directives du Conseil du Trésor en matière d'équité d'emploi.

M. Moore: Non, ce n'est pas possible. Mais quels que soient ces chiffres, si vous considérez le nombre de gens qui travaillent pour l'application des accords de contribution des bandes, qui sont des accords qui ne lient que le gouvernement fédéral et une bande donnée, nous remplissons certainement les exigences voulues. Nous pourrions vous fournir les chiffres précis et vous dire le genre de fonctions qu'ils remplissent.

M. Lynch: Nous employons bien entendu des autochtones chaque fois que nous le pouvons et le programme de soins médicaux pour les Indiens nous

[Text]

to a level of education such that we can employ them in higher and higher roles within the federal government.

Mr. Skelly: What about at policy levels within your branch or within the ministry—are natives employed at the policy levels, the management levels?

Dr. Lynch: Yes.

Mr. Skelly: It was mentioned in your presentation that you have developed a data base on environmental health issues. I am wondering if the Medical Services Branch has a data base or a health profile of native communities across Canada. You mentioned as part of the transfer arrangements that communities themselves have to develop a health profile and then develop a program in order to meet the health deficiencies. Do you have a health profile of natives in Canada? I know we read statistics saying infant mortality is twice as high, suicides among young men, say 16 to 24, are four to five times as high as the non-native population. Do you have a comprehensive health profile of native communities?

Dr. Lynch: We have a lot of statistics, which are available to you in a number of publications we can provide to you, the latest of which is our "Health Statistics for Indian People", last year, and we will send you a copy of that.

• 1015

We have community profiles that give us information on the socio-economic and other conditions within the community. Needs assessments, which are much more specific to each individual community, are being done individually at the community level, both through the pre-transfer process and also now within what we are calling the community development approach to health, even where we are providing the service. They are not looking at transfer. We are working with our staff and with the communities to try to bring the communities in to participate, even though we actually employ the individuals.

We have not completed it by any means, but it is ongoing at this point in time, more in some regions than others, depending to a large extent upon the interest of the individual communities and upon the ability of the region to cope with the workload on top of their regular workload. We are gradually gathering it at a community level.

Mr. Skelly: At some point, I suppose, our objective would be to have the health profile of Indian communities to be at least equal to the health profile of non-Indian communities. Do you have such a target? I notice your mandate or your goals are stated almost in administrative terms regarding how you relate to the provinces and to Indian bands and organizations. Do you have any actual health targets of what you would like to

[Translation]

permet de relever le niveau d'instruction des autochtones en vue de leur offrir des postes de plus en plus importants au sein du gouvernement fédéral.

M. Skelly: Et au niveau des politiques dans votre direction ou dans votre ministère? Est-ce que vous avez des autochtones à des postes de responsabilité?

M. Lynch: Oui.

M. Skelly: Dans votre exposé, vous dites avoir élaboré une base de données sur les questions de santé environnementale. Je me demande si la direction générale des services médicaux possède une base de données ou un profil de santé des collectivités autochtones canadiennes. Vous avez mentionné que dans le cadre des accords de transfert, les collectivités elles-mêmes devaient établir un profil de santé et mettre au point un programme permettant de combler les lacunes. Avez-vous un profil de santé des autochtones canadiens? Nous avons lu des statistiques qui indiquent que chez les Indiens le taux de mortalité est deux fois plus élevé, qu'il y a de quatre à cinq fois plus de suicides parmi les jeunes hommes âgés de 16 à 24 ans. Avez-vous un profil de santé complet des collectivités autochtones?

M. Lynch: Nous avons toutes sortes de statistiques que vous pouvez retrouver dans un certain nombre de brochures que nous pouvons vous fournir et je vous ferai parvenir la dernière intitulée *Statistiques sur la santé des Indiens* qui a été publiée l'an dernier.

Il existe des profils de collectivités qui nous donnent, entres autres, une idée de leur situation socio-économique. L'évaluation des besoins, qui sont particuliers à chaque collectivité, se fait individuellement au niveau de la collectivité, par le truchement de la procédure pré-transfert et par ce que nous appelons l'approche «développement communautaire» de la santé, même lorsque nous assurons nous-même le service et que l'on n'envisage pas de transfert. Notre personnel collabore avec les collectivités pour les faire participer, même si nous sommes nous-mêmes les employeurs.

Nous sommes loin d'avoir terminé, et nous poursuivons nos activités en ce moment avec plus d'intensité dans certaines régions que dans d'autres, en fonction surtout de l'intérêt manifesté par les collectivités particulières et de l'aptitude de la région à assumer le surcroît de travail. Petit à petit, le travail se resserre au niveau de la collectivité.

M. Skelly: Je suppose qu'à un moment donné nous voudrions avoir un profil de santé des collectivités indiennes qui corresponde au moins au profil de santé des autres collectivités. Est-ce là votre objectif? Je constate que votre mandat et vos objectifs sont couchés en termes quasi administratifs en ce qui a trait à vos relations avec les provinces et les bandes et organisations indiennes. Avez-vous en fait des objectifs de santé que vous souhaitez

[Texte]

achieve in terms of health goals with Indian communities and by what date?

Dr. Lynch: By what date, no, we do not. We have an overall goal of increasing the level of health to that enjoyed by other Canadians. We therefore use a comparison when we look at statistics between the average Canadian and the Indian people. For instance, for TB we will be comparing the statistics for Indian groups, not only nationally, but also individually, because we find there is a great variety. For instance, if you look at the national rate for Indians, although it is significantly higher than that for all Canadians, this in itself does not give you good information about where your problems are. Our problems are basically in the northern parts of the prairies.

We do two things: we compare national figures but we also compare individual communities.

Mr. Skelly: In order to budget competently or effectively in order to achieve the health goals that we want to achieve, you have to have some idea of what those goals are. When you submit your budgets, what do you ask for? You need to have some idea of when you want to achieve these goals in order to submit a budget. What do you ask for?

Mr. Moore: We have in the branch a program in operational planning process that allows for the establishment at the national level of some broad kinds of targets in terms of program delivery and what we would like to achieve.

Each region across the country has its own specific targets in each of the program areas that it will try to achieve. This is all carried out through an operational planning process, which is then monitored through our branch headquarters operations.

Although it certainly can be improved and we continue to look at it with a view to making it more germane to meeting each of the health needs in all the communities, there is a process in place and has been for some period of time.

Mr. Skelly: Are there native communities or natives involved in the operational planning process?

Mr. Moore: Yes, there is.

Dr. Lynch: Community health plans, once we get them in place, will also be inputting into that process. This is the work plan at the community level.

Mr. Skelly: Recently Canada Post has announced that it is going to increase its parcel staging rate or food mail rate, as they call it, in northern Canada. I understand from material I have received from your office that there are concerns about nutrition in the north and diseases related to nutrition such as dental caries, alcoholism,

[Traduction]

réaliser pour les collectivités indiennes et avez-vous prévu des délais pour les réaliser?

M. Lynch: Nous n'avons pas de délai de réalisation. Notre but général est d'amener leur niveau de santé à celui des autres Canadiens. Nous faisons donc des comparaisons statistiques entre le Canadien moyen et la population indienne. Nous allons, par exemple, faire des comparaisons entre les statistiques de tuberculose chez les groupes indiens, pas seulement à l'échelle nationale, mais à l'échelle individuelle, à cause de la grande diversité des situations. Si vous prenez par exemple le taux national pour les Indiens, qui est pourtant beaucoup plus élevé que le taux national pour tous les Canadiens, cela ne vous permet pourtant pas d'identifier les secteurs problématiques. C'est surtout dans la partie nord des Prairies que ce mal sévit.

Nous comparons donc les chiffres nationaux, mais nous faisons également des comparaisons entre collectivités.

M. Skelly: Pour bien fixer votre budget afin de réaliser vos objectifs en matière de santé, vous devez avoir une idée de ce que sont ces objectifs. Quand vous présentez votre budget, que réclamez-vous? Vous devez avoir une idée des objectifs que vous entendez réaliser pour pouvoir présenter une demande de budget. Que demandez-vous?

M. Moore: Il existe à la direction un programme de planification opérationnelle qui permet de fixer au niveau national des objectifs généraux pour ce qui est de l'exécution des programmes et des buts que l'on entend atteindre.

Chaque région du pays a ses propres objectifs à réaliser dans chacun des divers secteurs du programme. Tout ceci est mis en oeuvre au moyen d'un processus de planification opérationnelle dont le contrôle est assuré par l'administration centrale.

Même si la méthode est susceptible d'amélioration—et nous essayons constamment de l'adapter davantage aux besoins de santé des collectivités—, nous avons depuis déjà quelque temps un processus en place.

M. Skelly: Y a-t-il des collectivités autochtones ou des autochtones qui participent à ce processus de planification opérationnelle?

M. Moore: Oui, il y en a.

M. Lynch: Une fois que les plans de santé communautaire seront organisés, ils feront également partie du processus. Voilà le plan de travail que nous avons au niveau des collectivités.

M. Skelly: La Société des postes a annoncé récemment son intention d'augmenter le tarif postal des envois alimentaires, comme on les appelle, dans le nord du pays. D'après les documents que j'ai reçus de votre bureau, vous vous inquiétez des problèmes de nutrition dans le nord auxquels sont imputables certaines maladies

[Text]

cholesterol levels, heart disease, obesity and that kind of thing.

Have you made any representations to Canada Post or to the people in government responsible for the subsidies? Have you made any representations to Canada Post in their consultation process that is taking place now? If so, what representations have you made?

Dr. Lynch: We have been working with them. We have been trying to monitor the effect this will have. Our nutritionist in Ottawa has been sitting in on all of those meetings. We have contacts with the communities to try to find out what the impact of that would be. We are working with it actively at this point in time.

• 1020

Mr. Skelly: I think in your report on nutrition and health in the north you indicated that there is a shortfall between what people receive in terms of income in the north and what they are able to purchase in terms of the food they require to provide a nutritious diet. If the Post Office is planning to raise its rates by 32%, which will result in an increase in food costs in the north without a compensating increase in social welfare or other income, surely there is going to be a problem with nutrition in the north that results from the increase in the postal staging rate. Have you asked Canada Post not to increase its rate?

Dr. Lynch: We have been working with them, sir, in the working committee, discussing the effects with them. Like you, we are concerned.

Mr. Skelly: Yes, but you have not asked them not to increase that rate or to . . .

Dr. Lynch: Yes. I believe it is northern Ontario and Quebec where that applies.

Mr. Moore: It is Quebec, particularly northern Quebec.

Mr. Skelly: The eastern Arctic basically I think Canada Post. . .

Dr. Lynch: Yes.

Mr. Moore: Mr. Chairman, Mr. Skelly, I can assure you that at the official level we have certainly made strong representations to Canada Post on that issue. However, our understanding at this point is that they may proceed with those—or will proceed. I cannot say that is confirmed, but that was the direction in which they were leading with that increase.

We have chosen at this point to very carefully monitor what that will mean in terms of impacts in the northern areas as it relates to nutrition. We are doing that through making sure our headquarters consultant in Ottawa is periodically and quite frequently in touch with our region in northern Quebec, for starters, to monitor what is happening. So we intend to keep ourselves abreast of what

[Translation]

comme les caries dentaires, l'alcoolisme, le niveau de cholestérol, les maladies cardio-vasculaires, l'obésité, etc.

Avez-vous présenté des instances à la Société des postes ou aux fonctionnaires responsables de l'octroi de subsides? Avez-vous présenté des instances à la Société des postes dans le cadre du processus de consultation qui se déroule en ce moment? Dans l'affirmative, qu'avez-vous fait précisément?

M. Lynch: Nous collaborons avec eux. Nous essayons de voir quelles seront les répercussions. Notre nutritionniste a assisté à toutes ces réunions à Ottawa. Nous maintenons des contacts avec les collectivités pour essayer de déterminer quel en sera l'impact. En ce moment, nous nous intéressons vivement à la question.

M. Skelly: Je pense que dans votre rapport sur la nutrition et la santé dans le Nord, vous avez indiqué que les salaires étaient insuffisants pour permettre aux gens de suivre un bon régime alimentaire. Si la Société des postes a l'intention de hausser ses tarifs de 32 p. 100, ce qui va faire monter le coût des aliments dans le Nord sans compensation aucune sous forme d'augmentation de prestations de bien-être ou d'autres revenus, cette augmentation des tarifs postaux va certainement entraîner des problèmes de nutrition dans cette région. Avez-vous demandé à la Société des postes de renoncer à cette hausse?

M. Lynch: Nous collaborons avec la Société au sein du comité de travail. Nous avons discuté avec elle de ces répercussions. Nous nous inquiétons tout comme vous.

M. Skelly: Bon, mais vous ne leur avez pas demandé de renoncer à cette hausse de tarifs. . .

M. Lynch: Si. Je pense que cela s'applique au nord de l'Ontario et au Québec.

M. Moore: Ça s'applique au Québec, en particulier au nord du Québec.

M. Skelly: Pour l'arctique oriental essentiellement je pense que la Société des postes. . .

M. Lynch: En effet.

M. Moore: Monsieur le président, monsieur Skelly, je peux vous affirmer qu'au niveau officiel nous avons présenté des instances à la Société des postes sur ce point. Néanmoins, selon notre interprétation de la situation, elle semble avoir l'intention de poursuivre dans cette voie. Je ne peux pas dire que la nouvelle soit confirmée, mais apparemment cette hausse marquait en quelque sorte la voie à suivre.

Nous avons donc décidé pour l'instant de surveiller de très près la situation et de mesurer l'impact en matière de nutrition sur les régions du Nord. Nous nous assurons que l'expert qui travaille pour nous à l'administration centrale à Ottawa est en contact régulier et fréquent avec la région du nord du Québec, en premier lieu, pour voir ce qui se passe là-bas. Nous avons l'intention de suivre la

[Texte]

the impacts will be. In terms of whether we would make further representations to Canada Post, I do not believe we would at this point.

Mr. Skelly: Thank you.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Thank you for your presentation. It was helpful to me.

I have maybe two or three questions. First, could you give some indication of how your branch views Canada's obligations under the treaties made with different Indian bands at different times with regard to the level of health care you envisage as within that obligation?

Dr. Lynch: We provide our services basically through the Indian health policy. As you know, health appears directly in only one treaty: that will be Treaty 6, which is in the Prairies; that is the only treaty in which there is direct mention of health. That has gone through the courts a number of times and has been variously interpreted. I believe the last interpretation was that it was fairly literally interpreted in terms of the medicine chest and the Indian agent. Therefore we provide our services through policy, and the Indian health policy of 1979 is really the instrument by which we provide our services.

Mr. Axworthy: You indicated that your goal was essentially to bring the health status of Indians up to the level of non-Indians.

Dr. Lynch: That enjoyed by other Canadians.

Mr. Axworthy: And at the moment your department spends, as Mr. Skelly said, about \$495 million. How much money would be required in order to satisfy that policy objective, to bring native health status up to what you are suggesting?

Dr. Lynch: That is very difficult, because as I tried to point out in the presentation, many of the problems we are facing right now in Indian communities and that Indian communities are facing right now and Indian individuals are facing are related not only to the kinds of things that health in its narrow focus or health in its traditional role can do something about. Many of these are intersectoral, and one of the ways we are trying to deal with that at this point in time is trying to maximize the efficiency of the dollars that are already going in and trying to integrate the level of service—for instance, social and health service.

To give you an example, when you look at things like family violence and child sexual abuse, the programming that is provided by Indian Affairs through social services and also through child welfare services has a major impact on the symptom we are seeing there, as does our programming through things like National Native Alcohol and Drug Abuse Program, as well as the overall community health programming we are doing. So that is a very difficult thing to answer, because I think a large

[Traduction]

situation. Quant à présenter de nouvelles instances à la Société des postes, je ne pense pas que nous allons le faire pour le moment.

M. Skelly: Je vous remercie.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Je vous remercie de votre exposé qui m'a été utile.

J'ai deux ou trois questions à vous poser. Tout d'abord, pourriez-vous nous dire ce que votre direction considère comme les obligations du Canada en vertu des différents traités signés à différents moments avec différentes bandes indiennes en matière de santé?

M. Lynch: Nos services sont fournis essentiellement dans le cadre de la politique fédérale sur la santé des Indiens. Vous n'ignorez pas qu'un seul traité mentionne le mot santé, soit le traité 6, qui s'applique aux Indiens des Prairies; c'est le seul traité qui fasse mention du mot santé. Les tribunaux ont été saisis à plusieurs reprises de la question et les interprétations ont été différentes. Je pense que, la dernière interprétation a été plutôt littéral le traité parlait de la trousse du sorcier et de l'agent indien. Nos services sont fournis par l'intermédiaire de ces politiques fédérales adoptées en 1979 sur la santé des Indiens.

M. Axworthy: Vous avez indiqué que votre objectif était essentiellement de porter au même niveau l'état de santé des Indiens que celui des non Indiens.

M. Lynch: Celui des autres Canadiens.

M. Axworthy: M. Skelly a indiqué que votre ministère dépensait environ 495 millions de dollars en ce moment. De combien auriez-vous besoin pour réaliser votre objectif et amener le niveau de santé des Indiens au niveau suggéré?

M. Lynch: C'est très difficile à dire, car, comme je l'ai fait remarquer dans mon exposé, bon nombre des problèmes auxquels on se heurte en ce moment dans les collectivités indiennes et auxquels font face les collectivités indiennes et les Indiens à titre individuel ne sont pas des problèmes que l'on peut résoudre uniquement dans le domaine de la santé, dans le sens étroit du terme, ni par le truchement du rôle traditionnel que joue la santé. Un bon nombre de ces problèmes sont des problèmes intersectoriels et nous essayons de les résoudre en essayant d'utiliser le mieux possible les fonds qui nous sont alloués et en essayant d'intégrer le niveau des services, par exemple les services sociaux et les services de santé.

Je vous donne un exemple: quand vous prenez des problèmes comme la violence dans les familles, les attentats sexuels contre les enfants, le programme des affaires indiennes qui est administré par le truchement des services sociaux et les services de bien-être destinés aux enfants ont un impact considérable, tout comme les programmes tels que le programme national de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie chez les autochtones, sans parler de nos programmes généraux de santé

[Text]

part of the answer lies in maximizing the kinds of resources we already have available.

• 1025

Mr. Axworthy: There is nothing new in that. We have always known that major advances in health care have come from things like clean water rather than other advances in medical techniques.

Maybe you can give some indications in terms of magnitude. Do you think you should have three times as much money or four times as much money? I understand the numbers and the statistics and so on, and the differences in status between Indians and non-Indians. But do you have any sense of the magnitude of the investment it would take to satisfy this policy picture you have?

Dr. Lynch: The investment will fall in a number of areas. I think Ed wants to mention something vis-à-vis the water.

Mr. Ed Tupper (Director General, Public Service Health Division, Medical Services Branch, Department of National Health and Welfare): It is very difficult to answer the question fully from the point of view of what our budget would need to be in Medical Services Branch, since many of the things we think impact in a major way—you have mentioned one of them, water—on the future health improvements for Indian people relate to budgets of other departments and agencies, federal and provincial. I think that is where an awful lot of the big expenditure and investment has to be in the years to come in order to achieve that level of improvement.

Just for infrastructure, we are talking about many, many hundreds of millions of dollars over a long period of time, say over the next 20 years. We have identified, as part of our responsibility in environmental health, where the needs and the shortfalls are in terms of current water supply and water quality. We are working very closely right now with the Department of Indian Affairs and Treasury Board in trying to underline, by way of priority, what needs to be done within available funding. So we have an input that way to other agencies' priorities and budgets. We see that as a mechanism down the road for actually achieving those gains we want to achieve with respect not only to water but housing, sewage disposal and things like that. We are doing that, not only with the other agencies federally, but provincially as well.

Mr. Axworthy: We are talking about quite substantial sums of money, though, to really deal with the problem.

My riding contains a large number of urban Indians, and one of the problems they face in particular is the lack of availability of traditional native health practitioners. I just wonder what the extent is of traditional healing methods and people who are able to perform those traditional healing techniques within your branch, or how

[Translation]

communautaire. Il est donc très difficile de vous répondre parce que je pense que la solution en grande partie consiste à optimiser l'utilisation des ressources déjà disponibles.

M. Axworthy: Il n'y a rien de nouveau à cela. Nous savons depuis toujours que l'amélioration des techniques médicales donne moins de résultats que l'utilisation d'eau potable.

Vous pourriez peut-être donner une idée de ce dont vous avez besoin. Pensez-vous que l'on devrait tripler ou quadrupler votre budget? J'ai bien suivi les chiffres et les statistiques que vous avez cités et je comprends la différence de traitement que l'on accorde aux Indiens inscrits et aux Indiens non-inscrits. Mais avez-vous une idée du montant qui serait nécessaire pour réaliser votre objectif?

M. Lynch: Il y a plusieurs secteurs dans lesquels nous devrions investir. Je pense qu'elle souhaite nous dire quelque chose en ce qui a trait à l'eau.

M. Ed Tupper (directeur général, Section de la santé des fonctionnaires fédéraux, Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être Canada): Il est très difficile de vous dire précisément de quel budget la Direction générale des services médicaux aurait besoin, étant donné qu'une bonne partie des éléments qui influent sur la santé—et nous avons parlé de l'eau, entre autres—dépendent de budgets d'autres ministères et organismes fédéraux et provinciaux. Je pense qu'au cours des prochaines années nous devrions dépenser et investir beaucoup pour atteindre le niveau de santé voulu.

Sur le plan infrastructure simplement, cela représente plusieurs centaines de millions de dollars à investir au cours des vingt prochaines années. Dans le cadre de nos responsabilités en matière de santé environnementale, nous savons quels sont les besoins et les pénuries en matière d'eau et de qualité de l'eau. Nous collaborons en ce moment avec le ministère des Affaires indiennes et le Conseil du Trésor pour essayer d'établir en premier lieu ce que l'on peut faire avec les fonds disponibles. Nous avons donc accès aux priorités et aux budgets des autres organismes. Nous considérons cela comme le mécanisme qui permettra éventuellement de réaliser nos objectifs non seulement en ce qui a trait à l'eau, mais également au logement, aux eaux usées, etc. Nous collaborons non seulement avec les autorités fédérales, mais également avec les provinces.

M. Axworthy: Il faudrait donc un budget considérable pour résoudre le problème.

Dans ma circonscription, il y a un grand nombre d'indiens qui vivent dans les villes et l'un des problèmes auxquels ils font face, c'est qu'ils ne trouvent pas de spécialistes de la médecine autochtone traditionnelle. Je me demande dans quelle mesure vous avez dans votre direction des gens qui pratiquent la méthode autochtone

[Texte]

many people there would be doing it that you are aware of on reserves and so on, and the extent to which your branch encourages reserves to hire them and how many you might hire.

Dr. Lynch: Traditional healers do not get hired in the same way as a physician or a nurse is hired. Traditional healers are exactly that. They are very traditional, and the very good traditional healers do not advertise themselves, nor does one pay for them, although it is customary, I think, for the individual who asks for assistance from a traditional healer to maybe provide him or her with a gift. As to the availability, it varies very much across the country. There are some areas where traditional healing is still quite a part of the norm within the community. I can think of some very forward-looking, very astute politicians who are also, in fact, traditional healers of great experience and very, very skilled.

We in the Medical Services Branch more and more realize the value of traditional healing, especially as it relates to the spiritual and mental side of health care. We certainly do not discourage people from accessing native healers. In fact, in certain cases we would be supportive in providing transportation for them to get to native healers. We try to use the native healer in the way the native healer is used most appropriately and to assist the client and the native healer together to identify the best role. For instance, I guess we would be a little uncomfortable if a diabetic who was insulin dependent were trying to use a native healer as his sole source of assistance. On the other hand, there is a lot a native healer can do in assisting a diabetic to understand his disease within the context of the culture and spirituality, and also to assist him in adjusting to the disease and assistance with diet. We get a lot help out of that.

• 1030

So if an individual were looking for assistance from a native healer, if we knew of one we would certainly tell him where that person could be found. But we would try to get people to use a balance of the two.

Mr. Axworthy: You mentioned you dealt with some of the transfers of responsibility and control of health care. I have had a number of district tribal councils speak to me about the problems of the transfer and how long it seems to take. They found it relatively straightforward to obtain funds from Indian Affairs to study the problem, but they found it much more difficult to give rise to the implementation of the transfer. I wonder if you could give some indication of how long an average transfer would take and what sort of obstacles might be in the way.

Mr. Moore: Mr. Axworthy, on average it takes about 24 months of development. That is the period during which a band or a district tribal council will carry out their health needs assessment process, do whatever research is required, carry out consultation within their community, or community members, on developing a health plan. On

[Traduction]

traditionnelle ou combien de guérisseurs il existe dans les réserves et dans quelle mesure votre Direction encourage les réserves à les embaucher et le nombre de guérisseurs qui seront disponibles.

M. Lynch: On n'engage pas un guérisseur traditionnel comme on engage un médecin ou une infirmière. Un guérisseur traditionnel, c'est un guérisseur traditionnel. Ce sont des gens traditionnalistes, et les bons guérisseurs traditionnels n'ont pas besoin de faire de publicité et on ne les paye pas, même si la coutume, apparemment, est de lui laisser un cadeau quand on a besoin de ses services. Quant à savoir combien il en existe, la situation est très différente dans différents coins du pays. Dans certaines régions la médecine traditionnelle est encore très pratiquée. Je pense à certains hommes politiques très progressistes intelligents qui sont aussi des guérisseurs traditionnels fort habiles et de longue expérience.

A la Direction des services médicaux, nous apprécions de plus en plus la valeur de la médecine traditionnelle, en particulier en ce qui a trait à la santé mentale et à la santé spirituelle. Nous ne décourageons pas les gens d'avoir recours aux guérisseurs autochtones. De fait, dans certains cas nous les aidons en assurant le transport pour qu'ils se rendent auprès d'un guérisseur. Nous essayons d'utiliser les guérisseurs autochtones de la façon la plus appropriée et d'aider à la fois le client et le guérisseur à identifier ensemble le meilleur rôle. Par exemple, nous n'aimerions guère qu'un diabétique insulino-dépendant fasse appel uniquement aux services d'un guérisseur traditionnel. Cependant, un tel guérisseur peut faire beaucoup pour aider un diabétique à mieux comprendre sa maladie dans le contexte de sa culture et de sa spiritualité et pour faciliter son ajustement à la maladie et au régime qu'il doit suivre. Nous obtenons beaucoup d'aide de ce côté-là.

Donc, si quelqu'un voulait avoir recours à un guérisseur traditionnel et que nous en connaissions un, nous lui dirions sans doute où il peut le trouver. Mais nous essayons toutefois d'inciter les gens à trouver un équilibre entre les deux formes de médecines.

M. Axworthy: Vous avez mentionné que vous vous occupez des transferts de responsabilités et du contrôle des services de santé. De nombreux conseils tribaux de district sont venus me parler des problèmes de transfert et des délais encourus. Ils ont constaté qu'il est relativement facile d'obtenir des fonds du ministère des Affaires indiennes afin d'étudier le problème, mais qu'il est beaucoup plus difficile de passer au transfert comme tel. Je me demandais si vous pouviez me dire combien de temps en moyenne prend un tel transfert et quels sont les obstacles qu'on peut rencontrer.

M. Moore: Monsieur Axworthy, cela prend en moyenne 24 mois de développement. Cela représente la période pendant laquelle une bande ou un conseil tribal de district effectue l'évaluation des besoins de santé, fait les recherches nécessaires, entre en consultation avec la collectivité ou certains de ses membres pour formuler un

[Text]

average that takes 24 months. We then enter into a period of time when we begin to negotiate the level of services, which generally is the existing resource base, to be transferred over. That takes about six months. So we are looking at 30 months on average.

That being said, of course our experience is quite limited to date, because we have completed only six transfers in the three years the initiative has been under way.

About problems you may have heard about from some of your constituents or other Indian leaders, there have been suggestions the 24-month planning or developmental period is not long enough and a longer timeframe and additional resources should be allowed.

We returned recently from a national conference on transfer in Toronto where that, among other questions, was deliberated upon. We expect we will get a recommendation following those proceedings that will ask us to review our timeframes that have been developed to date; and we intend to carry out that review. So if there are substantial problems in timing across the country, we are quite prepared to look at them.

Dr. Lynch: In addition, what we are trying to do in preparing communities... as Jim says, for some communities two years just is not enough. So the attempt we are making in the community development approach is to get communities to a point where two years would be sufficient to put them into a negotiation position for transfer.

Mme Nicole Roy-Arcelin (députée d'Ahuntsic): Madame Lynch, monsieur Moore, monsieur Tupper, je vous félicite pour votre exposé; c'est très intéressant. Il n'y a pas d'autochtones dans mon comté, mais c'est une question qui m'intéresse beaucoup en tant que citoyenne de mon pays.

Beaucoup de questions intéressantes ont été posées, mais il m'en reste une. En tant qu'ancienne infirmière, dans le paragraphe où on parle du programme national de lutte contre l'abus de l'alcool, il y a un syndrome qui me saute aux yeux, et je trouve cela effrayant. Il s'agit du syndrome alcoolique fœtal. Quand on en arrive là, il y a abus et abus. On dépasse les normes de l'abus, si cela existe, à un point tel qu'on a l'impression que cet abus d'alcool est en train de s'inscrire dans les gènes de la collectivité. Je trouve que c'est plus qu'un cercle vicieux. C'est presque une situation d'urgence qui s'installe.

• 1035

Quel est le taux d'efficacité de votre programme de prévention de ce problème qui est extrêmement grave, parce qu'il est en train de s'installer de génération en génération?

Dr. Lynch: Fetal alcohol syndrome, as you point out, is very, very severe. That is at a point at which the baby is

[Translation]

plan de santé. En moyenne, cela prend 24 mois. On passe ensuite à une période pendant laquelle on négocie le niveau des services à transférer, généralement le budget de base existant. Cela dure environ six mois. Donc, on peut parler de trente mois en moyenne.

Ceci étant dit, il faut ajouter que notre expérience est assez limitée jusqu'à présent, car nous n'avons complété que six transferts de ce genre dans les trois années d'existence de ce programme.

Certains de vos commettants ou autres dirigeants indiens vous ont peut-être parlé de certains problèmes. Certains estiment que la période de planification et de développement de 24 mois n'est peut-être pas suffisamment longue et qu'on devrait prévoir plus de temps et de ressources.

Nous avons récemment assisté à une conférence nationale sur le transfert qui s'est déroulée à Toronto. On y a discuté de cette question, parmi d'autres. Nous prévoyons recevoir une recommandation à la suite de ces délibérations nous demandant de revoir les délais établis jusqu'à présent. Nous entendons accéder à cette demande. Or, s'il s'avère qu'il y a des problèmes importants d'échéance partout au pays, nous sommes tout à fait prêts à tenter de les régler.

M. Lynch: En outre, ce que nous essayons de faire pour préparer les collectivités... comme Jim l'a dit, deux ans ce n'est pas suffisant pour certaines collectivités. Donc, par l'entremise de l'approche de développement communautaire, nous essayons de faire progresser ces collectivités de façon à les amener en deux ans au niveau où elles pourront envisager le transfert.

Mrs. Nicole Roy-Arcelin (Ahuntsic): Doctor Lynch, Mr. Moore, Mr. Tupper, I wish to congratulate you for your presentation which was very interesting. There are no natives in my riding, but issues related to the Indian population are of great interest to me as a citizen.

Many interesting questions have been raised, but I have another one. As a former nurse, when I read the paragraph that discusses the National Native Alcohol and Drug Abuse Program, one syndrome that was mentioned struck me as particularly disturbing. I am referring to fetal alcohol syndrome. When you get to that point, there is abuse and there is abuse. This goes beyond the usual definition of abuse, if such a thing exists, to a point where one gets the impression that alcohol abuse is becoming a genetic trait in this community. I think that this is more than just a vicious circle. This is almost an emergency situation.

What is the success rate of your prevention program for this extremely serious problem? It seems to be passed on from one generation to the next.

Dr. Lynch: Comme vous l'avez souligné, le syndrome alcoolique fœtal est un problème extrêmement sérieux. À

[Texte]

affected and, as you say, you have more than one generation involved.

We have a number of programs which are related, positioned and focused on empathising with youth to try to ensure that especially the young women do not get into the cycle of drinking. Some of those programs are in fact supported through NNADAP and also through the National Drug Strategy because we also have funding coming to us from the National Drug Strategy.

I do not have statistics I can give to you to prove that this is having an effect. However, with the information system that we are trying to develop for prevention, we are trying to begin to gather statistics on activities that we carry out within the prevention program, and then go back and do impact surveys on communities to find out whether or not what we are doing has an impact.

The whole area of health promotion is to be put into trying to avoid situations that lead to this very far down the road situation of fetal alcohol syndrome. It is a major problem for us, and we are quite cognizant of it.

Mr. Moore: Mr. Chairman, excuse me, may I just add a comment to Dr. Lynch's comments? This is, I think, the second question related to alcohol and drug abuse programs, if not the third. I would just like to add that the program being delivered now, at the level it is being delivered in terms of its scope and the budget that goes into it, is less than a decade old. We have managed to put alcohol and drug abuse programs into most Indian communities across the country. The infrastructure has been established, those projects are resourced now, and as we mentioned earlier, essentially by native people.

A lot of the development of what are good tools and techniques in alcohol and drug abuse programming have been germinated and are being developed now. So really in terms of what we have been able to accomplish together with Indian communities, I think is quite substantial. That is not to say that we are not evaluating what we are doing now, and indeed we are. We understand that there will be scope for changing those programs to better improve the impacts on the problem over time. But I think over all we have done a reasonably good job in a short period of time of at least getting the infrastructure out there into the communities.

Dr. Lynch: The other point I would like to make is that we already spend probably more in terms of looking at fetal alcohol syndrome and looking at special problems of youth in terms of alcohol and drugs than is spent comparatively for the regular Canadian population, because it is very obvious to us that is where we have to put a lot of energies.

[Traduction]

la longue, l'abus d'alcool nuit au bébé, et à partir de ce moment, le problème touche plus d'une génération.

Nous avons plusieurs programmes conçus pour mettre l'accent sur l'empathie avec les jeunes, surtout de façon à empêcher les jeunes femmes de commencer à boire. Certains de ces programmes sont appuyés par le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool ainsi que par la Stratégie nationale anti-drogue qui nous fournit également un certain financement.

Je n'ai pas de statistiques à vous donner qui pourraient vous prouver que tout cela a un effet. Cependant, avec le système d'information sur la prévention que nous sommes en train de mettre au point, nous commençons à recueillir des données sur les activités que nous entreprenons au sein de ce programme, et ensuite de faire des sondages de l'impact de ce programme sur les collectivités afin de déterminer si notre intervention a l'effet désiré.

Le domaine de la promotion de la santé vise à éviter des situations qui, à long terme, peuvent avoir des conséquences aussi tragiques que le syndrome alcoolique fœtal. C'est un problème très sérieux pour nous, et nous le reconnaissons.

M. Moore: Monsieur le président, si vous me le permettez, j'aimerais ajouter quelque chose à ce que vient de dire le Docteur Lynch. Il s'agit ici de la deuxième ou de la troisième question que l'on nous pose au sujet des programmes de lutte contre l'abus de l'alcool et de la drogue. Je voudrais simplement ajouter que le programme que nous entreprenons actuellement, de cette envergure et avec ce budget, a moins de dix ans. Nous avons réussi à établir des programmes de lutte contre l'abus de l'alcool et de la drogue dans la plupart des collectivités indiennes du Canada. L'infrastructure est maintenant établie, les ressources nécessaires ont maintenant été affectées au projet et le personnel est surtout autochtone, comme nous l'avons mentionné tantôt.

De bons outils techniques pour la lutte contre l'alcool et la drogue ont maintenant été mis au point ou sont en voie de l'être. Donc, je crois que nous pouvons dire que ce que nous avons pu accomplir avec les collectivités indiennes est considérable. Cela ne veut pas dire que nous n'évaluons pas ce que nous faisons maintenant, au contraire. Il sera possible de modifier ces programmes pour améliorer leur efficacité à plus long terme. Toutefois, je crois que nous avons fait un assez bon travail dans une période relativement courte pour ce qui est de l'établissement des infrastructures dans les collectivités.

Dr Lynch: J'ajouterais également que nous dépensons probablement plus pour lutter contre le syndrome alcoolique fœtal et l'alcoolisme et la toxicomanie des jeunes que ce qui se dépense pour la population canadienne en général, car il est clair que nous devons déployer beaucoup d'efforts en ce sens.

[Text]

On the other point that Jim raises, vis-à-vis evaluation, we have done an evaluation through the Addiction Research Foundation of our whole program. That evaluation has told us where our weak points are and where our strong points are, and we now working with the native communities to try to take that document as a directional document for the future to show us where we need to improve the program and to assist the native communities themselves to improve the program.

[Translation]

Pour ce qui est d'une autre question que Jim a soulevée concernant l'évaluation, nous avons évalué notre programme de façon intégrale par l'intermédiaire de la Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie. Cette évaluation nous a indiqué nos points faibles et nos points forts, et nous travaillons maintenant de concert avec les collectivités autochtones afin d'utiliser ce document comme outil d'orientation pour l'avenir afin de déterminer les améliorations à apporter au programme et d'aider les collectivités elles-mêmes à l'améliorer.

We also have a number of communities which could be called model communities, communities where they have usually a loan initially, and developed some sort of programs or some sort of initiatives which have led to significant change within the communities. A good example, one known very well throughout the country, is Alkali Lake, where it took one person, and one person worked with another person, and gradually you went from a community where something like 100% of the individuals were affected—not necessarily drinking, but affected—by alcohol to what is now a sober, yet still fragile, community.

Nous avons également plusieurs collectivités que nous pourrions qualifier de modèles, des collectivités qui bénéficient d'abord d'un prêt et qui développent des programmes ou initiatives qui ont donné lieu à un changement important dans leur milieu. Je peux vous citer un bon exemple, qui est très bien connu dans le pays, celui de Alkali Lake, et ça a pris une personne pour commencer, puis une autre aidée par une autre, et petit à petit, au lieu d'avoir 100 p. 100 des gens de la collectivité, pas nécessairement alcooliques mais touchés par l'alcool d'une façon ou d'une autre, on aboutit à une collectivité encore fragile, mais sobre.

• 1040

I think it is a question of working with the Indian communities so they can look at these successes and decide which is the most appropriate way for them to go, always trying to focus on health promotion, as opposed to trying to put most of the focus on the treatment.

Je pense qu'il faut travailler avec les collectivités indiennes pour qu'elles-mêmes se rendent compte des résultats accomplis et décident qu'elles devraient suivre cet exemple, en essayant toujours de mettre l'accent sur la promotion de la santé plutôt que d'insister sur le traitement lui-même.

Mrs. Clancy: Dr. Lynch, could we go back for a minute. I was very interested in your comments about the native healers. You were talking about the balance between what I suppose might be called "usual" medical care and this. Is there a problem either on the part of the native healers individually or with more than just one individual, and perhaps more to the point, is there a problem on the part of "usual" health care workers in creating this balance?

Mme Clancy: Monsieur Lynch, j'aimerais revenir en arrière une minute. J'ai été très intéressée par vos observations sur les guérisseurs autochtones. Vous avez parlé de l'équilibre entre ce genre de médecine et ce qu'on pourrait appeler les «soins orthodoxes». Est-ce que cet équilibre est difficile à établir en raison de l'attitude de certains guérisseurs autochtones ou de plusieurs d'entre eux, ou surtout en raison de l'attitude des travailleurs de la santé «orthodoxes»?

Dr. Lynch: I am not aware of a problem. I am obviously aware of the fact that many health professionals in the medical mode are not aware of the advantages of a spiritual nature, especially, of the traditional healer, but I cannot tell you I am aware of a problem.

M. Lynch: Je ne pense pas qu'il existe de problème. Je sais qu'un grand nombre de gens qui oeuvrent dans la médecine orthodoxe ignorent les avantages, surtout spirituels, offerts par le guérisseur traditionnel, mais je n'ai pas entendu parler de problème.

Mr. Skelly: One last question on the alcohol problem. A comment was made about alcoholism becoming genetic, or resting in the genes, and I did not want to leave that suggestion unanswered. I know there is some genetic predisposition to alcoholism, or some scientists speculate there might be, but it is not a racial predisposition. I just wanted to get your comment on that.

M. Skelly: J'aimerais vous poser une dernière question sur le problème de l'alcoolisme. Quelqu'un a dit que l'alcoolisme devenait une maladie génétique, qui se retrouvait dans les gènes, je ne voudrais pas passer cette observation sous silence. Je sais qu'il existe une prédisposition génétique à l'alcoolisme,—du moins certains scientifiques le soupçonnent—, mais il n'existe pas de prédisposition raciale. C'est le simple commentaire que je voulais vous faire.

But about the causes of alcohol abuse, I noticed in your report on nutrition and health in the north you talked about diminished self-esteem and other things that

Quant aux raisons de l'alcoolisme, j'ai constaté dans votre rapport sur la nutrition et la santé dans le Nord vous avez mentionné un manque d'amour propre et

[Texte]

lead to the problem of alcoholism. I am of Irish descent, and "Lynch" may even be an Irish name—who knows—

Mrs. Clancy: Of course it is. If you are Irish, you know.

Mr. Skelly: I can recall back in the early 1820s when the Irish people first began to come to Canada they were accused of being lazy and predisposed to being quarrelsome and also to drinking a great deal. To some extent I think that was probably the result of the loss of self-esteem.

I just did not want to leave the impression that this is a problem that may be particular to one race or one group of people. Possibly one of the problems we could deal with in order to resolve it is the diminished self-esteem.

Dr. Lynch: Absolutely. I agree entirely. And yes, we are doing something about diminished self-esteem. We have a number of programs both in the schools and within the prevention program that are aimed at increasing the self-esteem of the individuals, increasing their ability to make choices so they feel empowered, so they do not feel totally helpless and as though other people are always making their decisions for them. Certainly within the whole of the context of school health addictions programming and in the context of youth programming, in the context of our role model program, which is another program where we take individual Indian people who have achieved, and who have achieved spectacularly—people such as Alwyn Morris, hockey players, people such as John Kim Bell, the orchestra conductor—and demonstrate to native youth that, as Alwyn Morris puts it, if you can dream it, you can do it, and actually take these people out to the communities so the children can see them and touch them and realize they are people just like they are. . .

At the bottom of all that I suppose is the fact that in many of the communities where you have a high unemployment rate it is still very difficult for the youth to see past the fact that there is not too much of a future for them in terms of employment. So I think part of it most definitely is self-esteem; being proud to be an Indian person. And certainly I would agree with you there is nothing racial about alcoholism.

• 1045

Mme Roy-Arcelin: J'ai parlé de «génétique». Quand une collectivité, qu'elle soit autochtone, québécoise, irlandaise, écossaise ou n'importe quoi, fait face à des problèmes, il est important de le noter sans que cela ait une connotation raciste. C'est vraiment une collectivité qui a des problèmes attribuables à ceci, ceci et cela. On ne va pas énumérer tout cela aujourd'hui. Je tenais à le souligner.

The Chairman: You mention in your submission several of the more important community health challenges. We are all aware of diabetes, tuberculosis and other health problems associated with communities, but you mention the incidence of AIDS and the HIV virus in

[Traduction]

d'autres facteurs qui poussaient les gens vers l'alcoolisme. Je suis d'origine irlandaise, et le nom «Lynch» est peut-être aussi d'origine irlandaise, qui sait. . .

Mme Clancy: Bien sûr que c'est le cas. Quand on est Irlandais, on le sait.

M. Skelly: Je me souviens qu'au début des années 1820, lorsque les Irlandais ont débarqué au Canada, on les accusait d'être paresseux, querelleurs et d'avoir un fort penchant pour l'alcool. Dans une certaine mesure, je pense que c'est probablement parce qu'ils avaient une piètre opinion d'eux-mêmes.

Je ne veux pas laisser l'impression qu'il existe un problème particulier pour une race donnée ou un groupe de gens donné. Il y a des problèmes sur lesquels nous devrions nous pencher, celui de l'aliénation.

M. Lynch: Certainement. Je suis bien d'accord avec vous. Et nous faisons quelque chose à cet égard. Nous avons un certain nombre de programmes scolaires et de programmes de prévention dont l'objectif est de faire les gens reprendre confiance en eux; les rendre mieux à même de prendre des décisions, pour qu'ils ne se sentent pas complètement désemparés, à la merci des décisions que d'autres prennent pour eux. Dans le cadre des programmes de santé scolaire, ainsi que des programmes destinés aux jeunes et dans les programmes de simulation de rôles, nous avons recours à des Indiens qui ont réussi dans la vie, des Indiens bien connus comme Alwyn Morris, des joueurs de hockey, des gens comme John Kim Bell, le chef d'orchestre pour prouver aux jeunes indiens, comme le dit Alwyn Morris, que si on est capable de rêver, on est capable de réaliser son rêve. Ces gens-là se rendent dans les collectivités pour que les enfants puissent les voir, les toucher et réaliser qu'ils sont fait de chair et de sang comme eux. . .

Ce qui est important, c'est le fait que dans un grand nombre de collectivités où le taux de chômage est élevé, il reste très difficile pour les jeunes d'imaginer autre chose qu'un avenir limité en raison du chômage. Je pense qu'une des solutions est donc de leur donner de la fierté, de les rendre fiers d'être des Indiens. Et je suis bien d'accord que l'alcoolisme n'est certainement pas un problème racial.

Mrs. Roy-Arcelin: I did refer to "genetics". When any community, be it Native, Québécois, Irish, Scottish or what have you, faces these kinds of problems, it is important to note them without there being any racist connotation. This is truly a community that is at grips with problems that are attributable to countless factors. We will not list them all here today. I simply wanted to point that out.

Le président: Dans votre présentation, vous mentionnez plusieurs des défis les plus importants en matière de santé communautaire. Nous connaissons tous le diabète, la tuberculose et les autres problèmes de santé mais vous avez fait allusion à l'incidence du SIDA et du

[Text]

Indian communities. Is that becoming any more prevalent than in the public at large or is it becoming prevalent at all?

Dr. Lynch: No. It is less prevalent than within the public at large at this point, as far as we know. Our expectation is that where a relatively high incidence of sexually transmitted disease exists in a community one would also tend to be concerned about HIV positivity.

A very small study was done in Manitoba in which they examined high-risk populations and I understand that a group of native people was included in the statistics and that incidence was no higher than for non-natives. However, we did find that within that group we had a lot of very young native people who tended to have a lower education level and to be unemployed. So that was a trigger for us to be concerned about.

We certainly are looking at special initiatives within the AIDS program and we will be handling about \$600,000 a year to assist communities to increase public awareness and to carry out public education.

Within our normal programming for communicable disease we will of course be considering doing work in the schools and within the community in terms of health awareness, public education and treatment and diagnosis.

The Chairman: Attracting health care and perhaps other professionals is becoming more difficult all the time, even in rural communities. Is that a situation that you see happening in native communities as well? Is it any worse or more difficult than it was before?

Dr. Lynch: No. It is a little better. In 1987 we had a vacancy rate of about 20% for nurses. We have certainly reduced that rate now through some very aggressive manoeuvres.

We have instituted what are now considered to be very good education programs. We have an in-service community health program for all our nurses. All nurses have to hold a baccalaureate or a diploma in public health or they have to go through our program.

We have also instituted a clinical training program for our nurse-practitioners and that program is not available anywhere else. So we now have something to offer an individual who comes to us that cannot be obtained anywhere else.

We are also looking at improving our in-service training beyond the training program for nurses. We also have the educational leave program that allows nurses to

[Translation]

virus HIV dans les collectivités indiennes. Est-ce que l'incidence du SIDA est devenue plus élevée dans cette collectivité que parmi le public en général? Est-ce maintenant un problème sérieux?

Dr Lynch: Non. On rencontre moins fréquemment le SIDA dans cette collectivité que dans le grand public, du moins jusqu'à maintenant, selon nos renseignements. Lorsqu'il existe une incidence assez élevée de maladies transmises sexuellement dans une collectivité, on peut s'attendre à ce qu'il y ait également un taux élevé de séropositifs.

On a mené une étude très restreinte au Manitoba sur les populations à risque élevé et je crois comprendre qu'un groupe d'autochtones fut inclus dans ces statistiques et que l'incidence du SIDA parmi ce groupe n'était pas plus élevée que parmi les non-autochtones. Cependant, on a décelé que dans ce groupe, beaucoup de très jeunes autochtones avaient tendance à être moins bien instruits et être chômeurs. C'est ce qui nous a mené à nous intéresser à cette question.

Nous songeons bien sûr à des initiatives spéciales au sein du programme sur le SIDA et nous aurons accès à environ 600,000\$ par année pour aider les collectivités à sensibiliser leur population et à mener des campagnes d'éducation publique.

Dans le cadre de notre programme régulier sur les maladies contagieuses, nous allons, bien sûr, étudier la possibilité de travailler auprès des écoles et des collectivités pour ce qui est de la sensibilisation à la santé, l'éducation publique, le traitement et le diagnostic.

Le président: Il devient de plus en plus difficile de recruter des professionnels de la santé et d'autres spécialistes, même dans les régions rurales. Rencontrez-vous cette situation dans les collectivités autochtones? Est-ce plus facile ou plus difficile que ce ne l'était précédemment?

Dr Lynch: Non. C'est un peu plus facile. En 1987, 20 p. 100 des postes d'infirmières et d'infirmiers étaient vacants. Nous avons réussi à réduire ce taux en prenant l'offensive de façon sérieuse.

Nous avons établi ce qu'on considère maintenant comme d'excellents programmes d'éducation. Nous avons un programme de santé communautaire pour toutes nos infirmières. Celles-ci doivent détenir un baccalauréat ou un diplôme en santé publique et elles doivent passer par notre programme.

Nous avons également établi un programme de formation en clinique pour nos infirmières de première ligne et ce programme n'est pas disponible ailleurs. Nous avons donc maintenant quelque chose à offrir aux personnes qui s'adressent à nous et qu'elles ne trouveront pas ailleurs.

Nous cherchons également à améliorer notre formation sur le terrain pour les professionnels autres que les infirmières. Nous avons également un programme de

[Texte]

apply for assistance in obtaining their baccalaureates after a period of about three years with the federal government.

So through a mixture of those programs plus better professional support to the nurses, we feel that we are beginning to appear as an attractive employer for nurses.

The Chairman: Thank you very much.

The interest that this committee has in this subject has been indicated in the format of the study we are carrying out. We will be looking at some travel within Canada and one of the areas that the committee is considering examining is native health care. When we get to the point where we are making decisions, perhaps we would like to discuss with you what you think may best serve the committee in trying to view firsthand some of these areas with which we are dealing.

• 1050

With that, may I thank each of you, Dr. Lynch, Mr. Moore, and Mr. Tupper, for appearing before us. Again I ask that you, perhaps on short call, on some occasion come back and spend some time with the committee.

With that I thank you very much for your appearance here today. I thank members of the committee, and again may I extend to each of you and the staff my best personal wishes for the holiday season.

The meeting is adjourned.

[Traduction]

congés d'éducation qui permet aux infirmières de présenter une demande d'assistance pour l'obtention de leur baccalauréat lorsqu'elles ont été à l'emploi du fédéral pendant trois ans environ.

Grâce à tous ces programmes ainsi qu'un meilleur appui professionnel pour les infirmières, nous croyons que nous commençons à devenir un employeur désirable pour les infirmières.

Le président: Merci beaucoup.

L'intérêt que manifeste ce Comité pour ce sujet est évident dans le format de l'étude que nous menons. Nous allons étudier la possibilité de voyager à l'intérieur du Canada et un des sujets sur lesquels nous prévoyons nous pencher est celui des soins de santé chez les Indiens. Quand le moment sera venu pour nous de prendre des décisions, nous pourrions peut-être en discuter avec vous pour savoir ce qui serait, à votre avis, le plus utile pour nous de faire.

Sur ce, je vous remercie, M. Lynch, M. Moore et M. Tupper, d'avoir comparu devant nous. Je le répète, nous ferons probablement appel à vous, à court préavis, pour que vous passiez quelque temps avec les membres du Comité.

Je vous remercie donc d'avoir comparu devant nous aujourd'hui. Je remercie les membres du Comité et je souhaite à chacun d'entre vous et aux membres du personnel de bonnes Fêtes.

La séance est levée.



*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESSES

From the Department of National Health and Welfare:

Dr. Gillian Lynch, Acting Assistant Deputy Minister,
Medical Services Branch;

Jim Moore, Director General, Program Transfer, Policy
and Planning, Medical Services Branch;

Ed Tupper, Director General, Public Service Health
Division, Medical Services Branch.

TÉMOINS

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

D^r Gillian Lynch, sous-ministre adjoint intérimaire,
Direction générale des services médicaux;

Jim Moore, directeur général, Transfert des
programmes, politique et planification, Direction
générale des services médicaux;

Ed Tupper, directeur général, Direction de la santé des
fonctionnaires fédéraux, Direction générale des
services médicaux.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 13

Tuesday, January 23, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 13

Le mardi 23 janvier 1990

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of
the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude
du régime de soins de santé au Canada et de son
financement

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, JANUARY 23, 1990
(19)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:45 o'clock a.m. this day, in Room 371, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bob Porter, Stan Wilbee.

Acting Members present: Maurizio Bevilacqua for Paul Martin; Girve Fretz for Bruce Halliday; Jim Karpoff for Joy Langan; Nic Leblanc for Gabrielle Bertrand; Rey Pagtakhan for David Dingwall; Denis Pronovost for Nicole Roy-Arcelin.

Other Member present: Beth Phinney.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker and Odette Madore, Research Officers.

Witness: From the Greater Victoria Hospital Society: Kenneth J. Fyke, President and Chief Executive Officer.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Kenneth J. Fyke made a statement and answered questions.

At 11:35 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 23 JANVIER 1990
(19)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 45, dans la pièce 371 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bob Porter, Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Maurizio Bevilacqua remplace Paul Martin; Girve Fretz remplace Bruce Halliday; Jim Karpoff remplace Joy Langan; Nic Leblanc remplace Gabrielle Bertrand; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall; Denis Pronovost remplace Nicole Roy-Arcelin.

Autre député présent: Beth Phinney.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker et Odette Madore, attachées de recherche.

Témoin: Du Greater Victoria Hospital Society: Kenneth J. Fyke, président et directeur général.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

Kenneth J. Fyke fait un exposé et répond aux questions.

À 11 h 35, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Tuesday, January 23, 1990

• 0944

The Chairman: I call the meeting to order. We have a quorum and pursuant to Standing Order 108 the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

This morning we have the pleasure to welcome Mr. Kenneth Fyke, the President and Chief Executive Officer of the Greater Victoria Hospital Society.

• 0945

We called the meeting this morning following the announcement that Mr. Fyke would be appearing before a Senate committee later today. We thought it would be an excellent opportunity for this committee to take advantage of his appearance in Ottawa. As you are aware, we have been discussing the issue relating to health care and quite often during our discussions references have been made to the Greater Victoria Hospital Society. We have also, as you are aware, had the report on demographics, which came out shortly before the House recessed in December, outlining the direction that Canada as a nation will be taking, and knowing the demographics of Victoria, and those of us from other provinces, particularly in the west. . . So many of our retired people tend to move to Victoria for certainly a number of reasons, and I guess the weather and a nice place to live is one. But it obviously has a make-up in its society that is much as we anticipate Canada's make-up being over the next 25 to 30 years.

Mr. Fyke, it is a privilege and pleasure to welcome you on behalf of members of the committee who are here today. You have circulated to the membership a presentation that you have, and I understand you have a summary of roughly 20 minutes or so that you would like to present. I hope those of you who have the paper have had time to look through it; if not, perhaps you would follow through it and then we would open it up for questions and discussions following Mr. Fyke's remarks.

At this time I will turn the floor over to you and once again, on behalf of the standing committee, extend to you our best wishes and our welcome to Ottawa. Thank you very much for appearing this morning, sir.

Mr. Ken J. Fyke (President and Chief Executive Officer, Greater Victoria Hospital Society): Mr. Chairman and members of the committee, I want to thank you for the invitation to appear before you this morning. It is a very great pleasure for me to share my views on the Canadian health care system and describe for you what we believe are some innovative changes that are occurring in the city of Victoria, B.C., in the provision of health care to our citizens. As you stated in your introductory remarks, approximately 18% of our population is over 65,

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mardi 23 janvier 1990

Le président: La séance est ouverte. Nous avons le quorum et conformément à l'article 108 du Règlement, le Comité reprend l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Nous avons ce matin le plaisir d'accueillir M. Kenneth Fyke, président-directeur général de Greater Victoria Hospital Society.

Nous avons convoqué cette réunion après avoir appris que M. Fyke devait comparaître dans la journée devant un Comité sénatorial. Nous avons pensé que ce serait une excellente occasion de profiter de son passage à Ottawa. Comme vous le savez, au cours de nos délibérations, il y a souvent eu des allusions à la Greater Victoria Hospital Society. Nous avons d'autre part reçu le rapport sur la démographie qui a été publié peu avant l'ajournement de la Chambre en décembre. Ce rapport montre la direction que prend le Canada et votre témoignage nous sera certainement très utile si l'on considère la démographie de Victoria. Nous savons que beaucoup de Canadiens vont prendre leur retraite à Victoria pour un certain nombre de raisons et je suppose que le climat et la géographie y sont pour quelque chose. En tout cas, la composition de la société de Victoria correspond assez bien à ce à quoi pourrait ressembler la société canadienne dans les 25 à 30 prochaines années.

Monsieur Fyke, c'est donc un privilège et un plaisir de vous recevoir. Vous avez fait distribuer votre exposé et je crois que vous avez un résumé d'environ 20 minutes à nous présenter. J'espère que ceux d'entre vous qui ont reçu ce document auront eu le temps de l'étudier; sinon, ils pourront peut-être le suivre au fur et à mesure de l'exposé afin que nous puissions passer ensuite aux questions.

Je vous passe donc la parole et, encore une fois, au nom du Comité, je vous remercie d'être venu et je vous souhaite la bienvenue à Ottawa.

M. Ken J. Fyke (président directeur général, Greater Victoria Hospital Society): Monsieur le président et membres du Comité, je vous remercie de votre invitation à comparaître devant vous ce matin. C'est un très grand plaisir que de venir vous donner mon avis sur le régime de santé publique canadien et de vous décrire certaines des innovations qui sont en train de voir le jour à Victoria dans ce domaine. Comme vous l'avez dit il y a un instant, environ 18 p. 100 de notre population a plus de 65 ans alors que dans le reste du Canada, ce chiffre n'est que de

[Texte]

whereas in the rest of Canada I believe it is about 10%. I believe we are today where Canada will be in about 15 years.

I would like to summarize my paper, and then if members have any questions or points of discussion, I would be delighted to elaborate on any point I have covered or any other aspect of the health system.

Today I have been asked essentially to discuss the funding issues in the Canadian health care system in relation to accessibility. I would like to state up front that, contrary to some observations reported in the national media, it is my opinion that the Canadian health care system is not facing a financial crisis. Canada's expenditure on health on a per capita basis is the second highest of 24 developed countries. Only the United States has a higher per capita expenditure.

I believe we have a system to be proud of. We have accomplished the goals established by our national health insurance programs; we have a comprehensive health care system that strongly reflects the Canadian values of fairness and equity. However, we need to shift our focus from past goals to the goals of the present, and these new goals were suggested in the Lalonde report of 1974 and, more recently, in the Epp report, "Achieving Health For All".

The problems in our health care delivery system I would like to cover in point form. The first one is the focus on illness. Why must we turn our attention to new goals? Because our past goals were based on the understanding that better health care resulted from physicians, technology and hospitals. Due to this early belief and the incentives in the original Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, HIDS, Canadians tend to associate good health care with the professional and technological expertise found in hospitals. As a result, our social health care services are underdeveloped. Hospitals and the treatment of illness were the focus of yesterday, and a new focus on health promotion and prevention, lifestyle counselling, healthy public policy, clean environment and strong community and home support is needed now to improve the health of Canadians.

Regarding overutilization of acute care services, our outdated approach to health is reflected in the inefficiencies of our health care services. Canada has 5.6 acute care beds per 1,000, compared with 3.5 beds per 1,000 in the the United States. We not only have more beds per thousand, but also we keep 75% of our beds occupied, whereas in the United States they keep 66% of their beds occupied.

[Traduction]

10 p. 100. Je crois que nous sommes donc à Victoria dans la situation que nous connaissons au Canada d'ici environ 15 ans.

Je me propose donc de résumer mon document et je me ferai ensuite un plaisir de répondre aux questions ou aux commentaires des députés, qu'ils portent directement sur mes remarques ou sur tout autre aspect du régime de santé publique.

On m'a demandé essentiellement de discuter des questions de financement de ce régime en insistant sur l'accessibilité. Je dirai tout d'abord que, contrairement à certaines observations rapportées dans les médias nationaux, j'estime que le régime de santé publique du Canada ne fait pas face à une crise financière. Les dépenses du Canada par habitant au chapitre de la santé nous mettent au deuxième rang des 24 pays développés. Seuls les États-Unis arrivent avant nous.

Je crois que nous pouvons être fiers de notre régime. Nous avons atteint les objectifs fixés dans nos programmes nationaux d'assurance-santé; nous avons un régime complet de santé publique qui reflète bien les valeurs canadiennes de justice et d'équité. Toutefois, il nous faut maintenant réorienter certains de nos objectifs et penser aux nouveaux objectifs auxquels on faisait déjà allusion dans le rapport Lalonde de 1974 et, plus récemment, dans le rapport Epp intitulé: «La santé pour tous».

J'aimerais m'arrêter successivement sur certains points à l'origine des problèmes que connaît notre système de prestations de soins. Premièrement, le fait que l'on a insisté sur la maladie. Pourquoi devons-nous porter notre attention sur de nouveaux objectifs? Parce que ceux d'autrefois étaient fondés sur le principe que la santé relevait des médecins, de la technologie et des hôpitaux. À cause de cela et du fait également des incitations contenues dans la loi initiale sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, les Canadiens tendent à associer la santé aux professionnels et aux technologies que l'on trouve dans les hôpitaux. Ainsi, nos services de santé publique sont-ils sous-développés. Les hôpitaux et le traitement des maladies étaient ce qui importait autrefois, alors qu'il faut maintenant insister sur la promotion de la santé, la prévention, le style de vie, les politiques favorisant la santé, l'assainissement de l'environnement et l'aide des services socio-médicaux et de la famille, autant de choses favorables à la santé des Canadiens.

• 0950

Pour ce qui est de la surutilisation des services de soins de contre durée, notre attitude dépassée vis-à-vis de la santé explique les lacunes de nos services de santé. Le Canada a 5,6 lits pour les soins de courte durée pour 1,000 habitants, comparé à 3,5 aux États-Unis. Non seulement avons-nous plus de lits par millier d'habitants, mais 75 p. 100 de ces lits restent occupés alors qu'aux États-Unis, seulement 66 p. 100 restent occupés.

[Text]

Further, Canadians on average stay in hospital significantly more days than Americans: 1,424 days per 1,000 population, compared with 951 per 1,000 in the United States. The average length of hospital stay in Canada is 3.1 days longer than that in the United States and we admit more patients per 1,000 population. Yet our health outcomes and health industries are not proportionately better than those in the United States.

By treating Canadian cases with the American average length of stay, we could reduce the days Canadians spend in hospital per patient by 30% and increase the accessibility to our existing beds.

Another problem is the lack of a complementary range of services. In addition to using hospitals more efficiently, we should reallocate some of our existing resources away from traditional services and into community-based services and home support infrastructures. It is well documented throughout the literature that a substantial proportion of in-patient hospital care is not acute; that is, it does not have to be provided in an acute care in-patient hospital setting.

Furthermore, unfortunate consequences of hospitalization could be reduced and a higher quality of care achieved if location were appropriate. We know that isolation, inactivity and lack of privacy cause stress and confusion for people of all ages, but particularly I am speaking of the elderly. For many patients, these problems can be avoided and appropriate care provided through community services rather than through increased facility care.

I would like to touch on hospital staffing issues. Our past focus on illness and our overutilization of acute care facilities contribute to the public perception that there is a shortage of nurses in Canada. It may in fact be a shortage of nurses willing to work in hospitals. This fact will have to be addressed through the involvement of decisions affecting patient services and employment policies.

Greater emphasis is also required in the preparation and ongoing skill training for critical care and specialty care nurses. Relative preparation, sound utilization practices and the retention of nurses are key to the adequate and fully contributing nursing profession.

Another aspect of our historical focus on illness is the mystery surrounding the practice of medicine and the benefit of diagnostic and treatment procedures. Because of this uncertainty, we are beginning to define standards of care, review procedures and equaluate the care given on the basis of the health outcome achieved. Physicians are beginning to seek information to ensure that their medical and surgical practices are of scientifically proven

[Translation]

D'autre part, les Canadiens restent en moyenne à l'hôpital nettement plus longtemps que les Américains: 1,424 jours par millier de population comparé à 951 jours aux États-Unis. La durée moyenne de séjour à l'hôpital est au Canada de 3,1 jours plus longue qu'aux États-Unis et nous admettons plus de patients par millier d'habitants. Toutefois nos résultats en matière de santé et notre industrie de la santé ne sont pas proportionnellement meilleurs que ceux des États-Unis.

En traitant les malades canadiens pendant la durée moyenne d'un séjour américain, nous pourrions diminuer le nombre de jours passés par les Canadiens à l'hôpital de 30 p. 100 par patient et ainsi accroître l'accessibilité aux lits dont nous disposons.

Un autre problème est l'absence de services complémentaires. En plus d'utiliser les hôpitaux plus efficacement, nous devrions réaffecter certaines de nos ressources utilisées pour les services traditionnels à des services socio-médicaux et à des infrastructures permettant des soins à domicile. On a toutes les preuves voulues qu'une bonne partie des soins dispensés aux personnes hospitalisées ne concernent pas des maladies aiguës; qu'il n'est donc pas nécessaire qu'ils soient fournis dans un cadre hospitalier pour soins de courte durée.

D'autre part, on pourrait diminuer les conséquences malheureuses de l'hospitalisation et parvenir à une meilleure qualité de soins si les services étaient offerts en des locaux convenables. Nous savons que l'isolement, l'inactivité et l'absence de quartiers privés sont difficiles à supporter pour les gens de tout âge et en particulier pour les personnes âgées. Pour beaucoup de patients, on pourrait éviter ces problèmes et offrir les soins voulus par l'intermédiaire de services médico-sociaux plutôt qu'en agrandissant les hôpitaux.

J'aimerais aborder maintenant les questions de personnel dans les hôpitaux. Puisque l'on insiste tellement sur la maladie et que l'on surutilise les installations destinées aux soins de courte durée, la population a l'impression qu'il y a une pénurie d'infirmiers au Canada. Peut être qu'il n'y a en fait qu'une pénurie d'infirmiers prêts à travailler dans les hôpitaux. Il faudra examiner la question dans les décisions touchant les services aux patients et les politiques d'emploi.

Il faudra d'autre part insister davantage sur la préparation et la formation permanente des infirmiers affectés aux services d'urgence ou spéciaux. Une préparation adéquate, une bonne utilisation du personnel et des mesures permettant de retenir les infirmiers sont essentielles si l'on veut que cette profession contribue pleinement et normalement aux services de santé.

Un autre aspect de cette tendance à considérer essentiellement la maladie est le mystère entourant la pratique de la médecine et l'intérêt des diagnostics et des méthodes de traitement. Du fait de cette incertitude, nous commençons à définir des normes de soins et des méthodes de surveillance qui consistent à comparer les soins donnés et les résultats obtenus. Les médecins commencent à se renseigner sur leurs pratiques médicales

[Texte]

value to help outcomes. They are attempting to find out why rates of surgical procedures, medication and testing vary between their colleagues, between regions and between hospitals.

Some researchers have noted that the fee-for-service system is related to higher rates of hospitalization. Others have found that tests and procedures are often provided, even when they offer relatively little benefit. There are two explanations: firstly, in situations of medical uncertainty, the incentives make it tempting to overemphasize the benefit and underemphasize the cost and, secondly, medical technologies are not subjected to the rigorous assessment that other technologies such as drugs are.

An example of the confusion related to medical practices is the perception that there is a crisis regarding the length of surgical waiting lists. Generally, waiting lists are thought to be a consequence of insufficient acute care resources. In fact, waiting lists are caused by a multitude of variables, such as physician availability, physician referral patterns, distribution of operating room time according to individual physician workload, lack of co-ordination between the operating room bookings and the day care and home support services, the variability of physician individual practice patterns, regional or institutional variances in the number of surgical procedures performed per thousand, and, finally, duplication on wait lists. At present, wait lists and the time people spend on them vary so greatly from one doctor to another and from one hospital to another that they really are of limited value in measuring appropriate demand.

What is the solution? As researchers delve into the issues of medical practice, the challenges are to ensure that our patients are benefiting from the care hospitals provide, that there is appropriate use of acute care services, and that a full range of appropriate care is available to meet the clients' needs.

I would like to point out that we have in the past tried to control utilization through user fees or co-insurance arrangement, but controlling hospital use fails to recognize the fact that hospitals are inappropriately utilized for the reasons I have mentioned—past health goals, the resulting focus on illness and the lack of alternative options, and medical uncertainty. Furthermore, there is no evidence that user fees control inappropriate utilization; rather, they deter the low-income groups.

Our belief that access to medical services should not be dependent upon income sets the Canadian system above

[Traduction]

et chirurgicales afin de s'assurer qu'elles sont scientifiquement prouvées pour donner des résultats. Ils essaient de savoir pourquoi les taux d'intervention chirurgicale, de médication et de tests varient selon les collègues, les régions et les hôpitaux.

Certains chercheurs font remarquer que le système qui consiste à faire payer les services entraînent des taux supérieurs d'hospitalisation. D'autres ont constaté que l'on fait souvent des tests et des interventions sans grand résultat. Il y a deux explications: premièrement, dans les cas d'incertitude médicale, les incitations existantes rendent tentant de trop insister sur les avantages en sous-estimant les coûts et, deuxièmement, les technologies médicales ne sont pas assujetties à l'évaluation rigoureuse d'autres technologies comme les drogues.

Un exemple de la confusion liée aux pratiques médicales est la perception qu'il y a une crise tellement les listes d'attente de chirurgie sont longues. De façon générale, on pense que c'est là la conséquence de ressources insuffisantes pour les soins de courte durée. En fait, les listes d'attente sont dues à une multitude de variables comme la disponibilité des médecins, la fréquence de consultation d'autres médecins, la répartition du temps de salle d'opération selon la charge de travail des différents médecins, l'absence de coordination entre les réservations de salle d'opération et des services de garderie et d'aide à domicile, la différence dans les modes de pratiques de chacun des médecins, les différences entre les régions et les hôpitaux quant au nombre d'interventions chirurgicales réalisées par mille habitants et, enfin, le fait que le même nom peut figurer plusieurs fois sur les listes d'attente. Actuellement, les listes d'attente et la durée pendant laquelle les gens restent sur ces listes varie tellement d'un médecin à l'autre et d'un hôpital à l'autre qu'elles ne servent pas à grand-chose pour déterminer exactement la demande.

• 0955

Quelle est la solution? Pour les chercheurs qui se penchent sur les questions de pratique médicale, il s'agit de permettre aux patients de profiter des soins offerts par les hôpitaux, d'utiliser rationnellement les services de soins de courte durée, et de proposer une gamme complète de soins appropriés correspondant aux besoins des clients.

Je précise que nous avons essayé dans le passé de limiter l'utilisation au moyen d'un ticket modérateur ou de dispositions de coassurance, mais cela ne résout pas le fait que les hôpitaux ne sont pas correctement utilisés pour les raisons que j'ai énumérées, à savoir les objectifs passés en matière de santé, la tendance à se concentrer sur la maladie et l'absence d'options de remplacement ainsi que l'incertitude médicale. En outre, rien ne prouve que le ticket modérateur règle le problème de la mauvaise utilisation des installations; il a surtout un effet dissuasif sur les groupes à faible revenu.

Le principe du système canadien qui veut que l'accès aux services médicaux ne soit pas fonction du niveau de

[Text]

others, particularly the American system, where 35 million Americans, predominantly the working poor, have no health insurance coverage. Setting aside the values of fairness and equity, the effect of user fees can be found by looking at the percentage of the GNP consumed for health care. In Canada it is 8.5%, and in the United States it is over 11%. It is clear that a more equitable service is provided in Canada with fewer resources and that user fees are not the correct solution as they would only increase the percentage of the gross national product going to health care in Canada.

While user fees have proven to be ineffective, I suggest that utilization of our hospitals can be managed effectively and equitably, and I will describe how the physicians and staff of the Greater Victoria Hospital Society have approached some of these issues.

The Greater Victoria Hospital Society was incorporated in June of 1984. It is one of the largest multi-hospital systems in Canada. Before amalgamation, there were two acute care hospitals in Victoria, which caused unnecessary duplication of services and lack of co-operation. Hospital services were being over-utilized, with patient occupancy rates of 100%. At any one time there could be up to 40 patients waiting in the hallways of one hospital for a ward bed. The general perception in Victoria in 1984 was a microcosm of other parts of Canada today; that is, there was a mood of crisis in the Victoria health care system.

As a result, a bold step was taken by the government. That step was to amalgamate all the hospital organizations under one authority. An amalgamation was a critical step, but that in itself was not necessarily the solution to accessibility problems. More important is the fact that at the Greater Victoria Hospital Society we have attempted to establish a climate of working with our government, our community, and our physicians to solve problems rather than to blame various other parties.

We discovered that the key ingredient to utilization management is the patient. A significant number of patients in the hospitals did not require acute care services and legitimate admissions stayed longer than was necessary.

We found that inappropriate utilization resulted from three factors. The first factor was ineffective physician practices; the second was inefficient hospital operations; and the third was lack of alternative community services.

We concluded that quality utilization management required a deliberate action to influence the health care providers to increase the efficiency and effectiveness of their service. Therefore we developed a quality utilization management program consisting of two components, the

[Translation]

revenu nous place au-dessus des autres régimes, notamment le régime américain où 35 millions de personnes, essentiellement des travailleurs à faible revenu, n'ont aucune couverture d'assurance-santé. Indépendamment de ces principes d'équité, on peut se faire une idée des conséquences du ticket modérateur en comparant les pourcentages du PNB consacrés à la santé. Au Canada, ce pourcentage est de 8,5 p. 100, alors qu'il est de plus de 11 p. 100 aux États-Unis. Il est évident que le Canada offre des services plus équitables avec des ressources plus limitées et que le ticket modérateur n'est pas la bonne solution car il ne ferait qu'accroître le pourcentage du PNB consacré à la santé au Canada.

S'il est clair que le ticket modérateur n'est pas la bonne solution, j'estime en revanche qu'on peut gérer de façon efficace et équitable nos hôpitaux, et je vais vous expliquer comment les médecins et le personnel de la Greater Victoria Hospital Society ont abordé quelques-unes de ces questions.

La Greater Victoria Hospital Society a été constituée en société en juin 1984. C'est l'un des plus grands systèmes multi-hospitaliers du Canada. Avant cette fusion, il y avait deux hôpitaux de soins de courte durée à Victoria, ce qui entraînait un double emploi superflu des services et une absence de collaboration. Les services hospitaliers étaient surutilisés, avec des taux d'occupation des lits de 100 p. 100. À certains moments, il pouvait y avoir jusqu'à 40 malades qui attendaient dans les couloirs de pouvoir accéder à un lit. En 1984, Victoria était en quelque sorte un microcosme des autres régions du Canada actuellement; autrement dit, le système était en état de crise.

Le gouvernement a donc pris une initiative audacieuse: il a fusionné au sein d'un unique organisme toutes les organisations hospitalières. Cette fusion a constitué une étape critique, mais elle ne constituait pas nécessairement la solution au problème d'accessibilité. Le plus important, c'est que nous avons essayé, à la Greater Victoria Hospital Society, d'établir un climat de coopération avec le gouvernement, avec le collectivité et avec nos médecins pour résoudre le problème plutôt que de nous accuser les uns les autres.

Nous avons constaté que l'ingrédient-clé de la gestion de l'utilisation était le patient. De nombreuses personnes hospitalisées n'avaient pas vraiment besoin de services de soins intensifs, et beaucoup des patients légitimement admis restaient plus longtemps que nécessaire à l'hôpital.

Nous avons constaté que cette mauvaise utilisation était due à trois facteurs. Premièrement, des pratiques inefficaces de la part des médecins; deuxièmement, un manque d'efficacité des hôpitaux; et troisièmement, l'absence de services de remplacement au sein de la collectivité.

Nous en avons conclu que pour gérer correctement l'utilisation, il fallait prendre des mesures délibérées pour inciter les fournisseurs de soins de santé à accroître l'efficacité de leurs services. Nous avons donc élaboré un programme de gestion en deux volets pour comparer les

[Texte]

first comparing performance or outcomes to standards of appropriate care and developing initiatives to rectify the problems that became apparent.

The first component of a quality utilization management program at the Greater Victoria Hospital Society focused on the patient and the appropriate care. I underline the word "appropriate", and it has two parts:

• 1000

The first part is a concurrent review in which the clinical characteristics of patients are prepared to define criteria. For example, an admission diagnosis of fever is compared to the defined criteria of 100 degrees Fahrenheit. If the patient's temperature is less than 100 degrees, the admission is questioned.

The second part of the review is a retrospective review, which compares patient results or outcomes to norms or standards for similar illnesses. The concurrent and retrospective review make up the first component of our utilization program, known as the Victoria Integrated Care Alternatives Review and Evaluation or VI-CARE. VI-CARE gathers statistical data regarding patients who do not require acute care.

The second component of our program is to develop initiatives to rectify identified problems, particularly the lack of alternatives to acute care within our system. This entails extensive co-operation between the hospital and the community health care providers and the ministry of health, to transfer resources from the institutional sector to the underdeveloped community and home support care system.

Working with our Capital Regional District, which is our municipal government in which the community programs are offered, and with the ministry of health in British Columbia, a comprehensive range of community and facility care is now provided to the residents in our community. The objective is to prevent unnecessary institutionalization by ensuring access to appropriate alternative community and home support programs. Those patients with illness or handicaps that restrict self-care but who do not require hospital or continuous supervision will be able to remain in their homes, rather than be in a health care institution.

Shifting resources has allowed the introduction of a number of community services such as, to name one, what we call a quick response team. This is a team made up of home care nurses and physiotherapists who travel to individual homes to assess and provide the care the person needs. There are other initiatives of expanded home support such as homemakers, a new community

[Traduction]

résultats à certaines normes de soins appropriés et élaborer des solutions aux problèmes constatés.

Le premier élément de ce programme de bonne gestion de l'utilisation à la Greater Victoria Hospital Society a été le patient et la question des soins appropriés. Je souligne ici le mot «appropriés», et cet élément se décompose en deux parties:

La première étape consiste en une évaluation simultanée tenant compte des signes cliniques des patients en vue de l'établissement de critères bien précis. Par exemple, en cas de fièvre, le critère peut être établi à 100 degrés Fahrenheit. Si un patient a une température de moins de 100 degrés, son admission peut être mise en doute.

La deuxième étape prend la forme d'une évaluation rétrospective des résultats en les comparant à des normes de soins établis pour des affections similaires. L'évaluation simultanée et l'évaluation rétrospective forment le premier élément de notre programme d'utilisation connu sous le nom d'examen et d'évaluation des possibilités de soins intégrés de Victoria ou VI-CARE. Le programme VI-CARE nous permet de recueillir des données statistiques sur les patients qui ne requièrent pas de soins actifs ou de courte durée.

Le deuxième élément s'attache aux initiatives nécessaires pour rectifier les problèmes identifiés, surtout pour ce qui est du manque de soins autres que les soins actifs ou de courte durée à l'intérieur de notre système. La solution suppose évidemment une très grande coopération entre les hôpitaux, le réseau des soins communautaires et le ministère de la Santé, en vue d'un transfert de ressources du secteur institutionnel au secteur communautaire et de soins à domicile qui n'est pas développé autant qu'il devrait l'être.

Avec la participation du district de la région de la capitale, le gouvernement local sous l'égide duquel les programmes communautaires sont offerts, ainsi que du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, un éventail complet de soins communautaires et de soins en établissement est offert aux résidents. Notre objectif est d'éviter l'hospitalisation inutile en assurant avec soin des services communautaires et de maintien à domicile pertinents. Ceux dont la maladie ou le handicap exige l'intervention d'un professionnel de la santé, mais pas l'hospitalisation ou une surveillance continue, sont en mesure de se faire soigner à domicile plutôt que dans un établissement de santé.

Le transfert des ressources nous a permis de mettre sur pied un certain nombre de services communautaires comme l'équipe d'intervention rapide. C'est une équipe qui est composée d'infirmières et de physiothérapeutes qui se rendent à domicile pour évaluer l'état de santé des malades et leur offrir les soins voulus. Les nouveaux services à domicile incluent également un programme

[Text]

physiotherapy program, new initiatives for early discharge by home nursing care, a much more rigorous screening of facility requirements by long-term care and a home intravenous pump program. This is a miniature computer like a Walkman that injects drugs at the correct dose and correct time. It is attached to the person, allowing that person to live an active life at home rather than spending six weeks in the hospital.

Our approach to addressing the needs of the elderly demonstrates I believe my point that increased funding of our health care system is not the solution. Instead, we must look at the transfer of funds from the institutional sector to the community to provide better patient care. A joint initiative in Victoria, known as the Victoria Health Project, was begun by the Greater Victoria Hospital Society, the ministry of health, and the Capital Regional District to initiate services needed to maintain the frail elderly and the handicapped persons in their home environment. In the past two years this project has proved that co-ordinated changes in health care delivery can reduce the need for costly acute care and long-term care beds.

Although the number of frail elderly persons over the age of 70 in the Capital Regional District has increased by approximately 1,200 per year—in other words, about 100 per month—the number of persons requiring institutionalization is actually dropping. There has been a marked decline in the number of elderly persons inappropriately occupying acute care beds and the wait lists for our nursing home placements have reached the lowest point in many years. Over the past 18 months the number of individuals in need of facility care has actually dropped by 30%. Demand for facility space has been reduced by offering services in the home.

In summary, if we had maintained the utilization patterns of 1983, we would by this date require in the city of Victoria 90 additional acute care beds and 360 additional long-term care beds. Fortunately, with the use of utilization management programs and initiatives to further home care, we are now in a position to believe there will be no need to build a new hospital or new hospital beds or long-term care beds in Victoria prior to the year 2000. In fact, a goal has been set to reduce the percentage of persons over age 65 who are in facilities from the current 6.5% to 5.8% by the year 2000. Already we have, at the Greater Victoria Hospital Society, closed 60 long-term care beds and transferred \$1.1 million to the community.

[Translation]

d'aide ménagère, un programme de physiothérapie communautaire, des soins infirmiers à domicile pour que les malades obtiennent leur congé de l'hôpital plus tôt, une sélection plus minutieuse des malades admis pour soins prolongés et un programme de pompe intraveineuse à domicile. Il s'agit d'un ordinateur miniature de la grosseur d'un baladeur qui injecte des médicaments à la bonne dose et à l'heure prévue. Il permet à la personne qui l'utilise de mener une vie active à la maison plutôt que d'avoir à passer six semaines à l'hôpital.

Notre approche vis-à-vis des besoins des personnes âgées montre bien que la solution au problème qui afflige notre système de soins de santé n'est pas nécessairement reliée au financement. Pour améliorer les soins au patient, nous devons plutôt transférer des fonds du secteur institutionnel au secteur communautaire. Le programme de santé de Victoria, amorcé par la *Greater Victoria Hospital Society*, le ministère de la santé et le district de la région de la capitale a pour but de permettre aux personnes âgées frêles et handicapées de rester chez elles. Au cours des deux dernières années, le programme a prouvé que la coordination au niveau des soins de santé peut diminuer la nécessité de toujours ajouter au nombre de lits pour les soins de courte et de longue durée si coûteux.

Même si le nombre de personnes âgées frêles de plus de 70 ans a augmenté d'environ 1,200 par année dans le district de la région de la capitale—en d'autres termes, à un rythme de 100 par mois—le nombre de cas nécessitant l'hospitalisation a diminué. Il y a eu une baisse marquée du nombre de personnes âgées occupant sans raison des lits de soins de courte durée; en même temps, la liste d'attente en vue du placement en maison d'accueil a atteint son plus bas niveau au cours des dernières années. Au cours des 18 derniers mois, le nombre de personnes nécessitant des soins en institution a diminué de 39 p. 100. C'est que des services à domicile sont devenus disponibles.

En résumé, si nous avions maintenu notre approche de 1983, nous aurions besoin aujourd'hui dans la région de Victoria d'environ 90 lits supplémentaires pour les soins de courte durée et de 360 autres lits pour les soins prolongés. Grâce à nos programmes d'examen de l'utilisation et à nos mesures en vue d'encourager les soins à domicile, nous croyons pouvoir éviter à Victoria de construire un nouvel hôpital, d'ajouter au nombre de lits d'hôpitaux ou au nombre de lits pour les soins de longue durée jusqu'en l'an 2000. En fait, d'ici l'an 2000, nous voulons que le pourcentage des personnes de plus de 65 ans qui reçoivent des soins en institution passe de 6,5 p. 100 à 5,8 p. 100. Nous nous sommes déjà défaits à la *Greater Victoria Hospital Society* de 60 lits pour soins de longue durée et avons transféré 1,1 million de dollars à la collectivité.

The partners in health care in Victoria are proud that the level of trust and understanding can actually lead to a

Les intervenants du secteur de la santé à Victoria sont fiers du fait qu'une telle confiance et une telle

[Texte]

transfer of institutional funds to community services—a feat, I believe, unique in Canada.

Our commitment to improved health care by visioning health to be more than illness and supporting the commitment with a shift in emphasis from the hospital to the community is novel.

We are developing a full range of health services, assessing high technology, curative medicine for its appropriateness, effectiveness and efficiency, and questioning the assumed benefit of providing it from an institution. We realize clinical standards of practice must be developed and we are seeking information to promote the independence of the patient.

As an institution, we work in partnership with our health care providers, our patients and our government. Above all, we make changes with only one person in mind, and that is the patient.

We believe all health care professionals must consider health much more broadly than in the past and cover nutrition, environment, education and standards of living—not just hospital beds.

We must all remember that accessibility as a concept has several components. These include availability, adequacy or quality and appropriateness.

Health services in Canada are a sacred trust, which we must improve. I believe it is possible to improve our system within our current resources.

I would recommend for your committee's consideration, as we have done in Victoria, that initiatives be based on the following principles: the patient must come first; financial and professional incentives must be changed to encourage efficiency and quality; the system must be reoriented towards community-based services; and co-operation is necessary between all of the sectors in the health care system.

From these principles, I offer four recommendations for reform:

The first is to focus on the patient through a quality utilization management program.

The second is to gradually shift institutional resources into appropriate supports in the community and the home. Maintaining the elderly in the home maintains their independence.

[Traduction]

compréhension permettent le transfert de fonds réservés aux institutions vers les services communautaires—une chose qu'aucune autre région canadienne n'a su accomplir.

Nous avons découvert une nouvelle façon de procéder: en effet, nous nous engageons à améliorer les soins en percevant la santé comme étant plus que les soins accordés lorsqu'il y a maladie et nous appuyons cet engagement en déplaçant notre intérêt des hôpitaux vers la collectivité.

Nous voulons offrir tout une gamme de services de santé, et nous cherchons à évaluer les techniques de pointe, le traitement curatif afin d'en déterminer l'opportunité et l'efficacité; enfin, nous essayons de déterminer dans quelle mesure il est vraiment utile d'offrir ces soins en institution. Nous savons que des normes doivent être élaborées et nous cherchons à obtenir les renseignements nécessaires pour promouvoir l'indépendance du patient.

À titre d'institution, nous collaborons avec les dispensateurs prestataires de soins, avec les patients et avec le gouvernement. D'abord et avant tout, nous apportons des changements en tenant compte d'une seule personne, soit le patient.

Nous sommes d'avis que tous les professionnels du secteur de la santé doivent envisager la santé dans un sens beaucoup plus général que par le passé et envisager des aspects comme la nutrition, l'environnement, l'éducation et les niveaux de vie, et ne pas simplement penser aux lits d'hôpital.

Nous devons tous nous rappeler que l'accessibilité est un concept qui comporte divers éléments comme la disponibilité, la qualité, et l'adéquation ou l'à-propos.

Les services de santé au Canada sont représentés une obligation sacrée, et nous devons les améliorer. Je crois qu'il est possible d'améliorer le système même sans augmenter les ressources dont nous disposons.

Vous devriez faire comme nous l'avons fait à Victoria et fonder vos initiatives sur les principes suivants: c'est le patient qui compte d'abord et avant tout; il faut modifier les mesures incitatives de nature financière et professionnelle afin d'encourager l'efficacité et la qualité; il faut réorienter le système vers les services communautaires; et enfin la coopération est indispensable entre les différents secteurs.

C'est pourquoi j'aimerais formuler les quatre recommandations qui suivent:

Il faut premièrement s'attacher au patient en adoptant des systèmes de gestion qui privilégient la qualité.

Deuxièmement, il faut transférer progressivement les ressources des établissements vers d'autres mécanismes de soutien adéquats au sein de la collectivité et à domicile. La personne âgée qui reste à la maison demeure plus indépendante.

[Text]

The third is develop a consensus as to what constitutes efficient, cost-effective and high quality health care.

The final recommendation is to direct resources towards informing and empowering patients in order that they can share with professional providers the responsibility to make healthy choices regarding their own health.

Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Fyke. Certainly you have raised some very interesting points and I think some of the innovative approaches taken here have to be encouraging to other areas.

I think your suggestion that we can improve our system within our current resources is something that would be music to the ears of most people at certainly all levels of government.

You raise concerns that many of us have had as we have looked into the future of health care systems. Perhaps some of the recommendations on which you finished up, the outlines you have, may indeed help this committee in compiling its report, which I hope will come to fruition sometime late this fall. We are certainly looking for recommendations from groups like yours as to ways that we can improve the health care system within Canada.

Given the time constraints and the number of members—I think we have 12 members here—if you do not mind, we will try a five-minute round for members. Certainly any time that is left for members who do not wish to use their time. . . we will go as long as any of you wish to remain and as long as Dr. Fyke has the time.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): Personally, I would like to congratulate you, Mr. Fyke. This is one of the best, well-studied presentations that I have heard in many years on this issue.

• 1010

As the associate health critic for the Liberal party, one of my assignments has been to study the Canadian health care system and, as well, compare it with the American health care system.

I am struck by your opening statement that there is no health care crisis in Canada. Did I hear you correctly on that?

Mr. Fyke: That is right.

Some hon. members: Oh, oh.

Mr. Pagtakhan: Why do you think we are hearing news in some of the media that there is a health care crisis in Canada?

[Translation]

Troisièmement, il faut établir un consensus sur ce qui constitue des soins de santé efficaces, rentables et de haute qualité.

Enfin, il faut prévoir des ressources pour informer les patients et leur donner les moyens de partager, avec des intervenants professionnels, la responsabilité de faire des choix éclairés en ce qui concerne leur propre santé.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Fyke. Vous avez soulevé des points très intéressants et je crois que certaines des solutions que vous avez proposées sauront nous encourager.

Vous avez proposé d'améliorer notre système en fonction des ressources dont nous disposons actuellement et je crois que cela plaira à bien des représentants du gouvernement, et ce à tous les paliers.

Vous avez soulevé des préoccupations qui ont inquiété bon nombre de nous qui avons étudié l'avenir des systèmes de santé. Peut-être certaines des recommandations que vous nous avez présentées à la fin de notre exposé, les aperçus que vous nous avez donnés, aideront-elles notre comité à l'étape du rapport, qui je l'espère sera préparé pour la fin de l'automne. Nous sommes toujours contents de recevoir, de groupes comme le vôtre, des recommandations sur les façons d'améliorer le système de santé au Canada.

Puisque nous disposons de peu de temps et que nombre de députés sont présents, je crois qu'il y a 12 députés, si vous ne vous y opposez pas je crois qu'il vaudrait mieux procéder à un tour de questions de cinq minutes par intervenant. Évidemment, si tout le monde ne tient pas à poser des questions, le temps restant sera distribué entre les intéressés. . . La réunion durera le temps que vous voudrez, tant que D^r Fyke pourra être des nôtres.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): J'aimerais vous féliciter, monsieur Fyke. Vous nous avez présenté un des meilleurs exposés que j'ai entendus depuis des années sur cette question.

En tant que critique adjoint en matière de santé pour le Parti libéral, j'ai eu notamment à étudier le système canadien de soins de santé et à le comparer avec le système américain.

Ce qui me frappe, dans votre déclaration liminaire, c'est qu'à votre avis, il n'y a pas de crise de la santé au Canada. Est-ce que je vous ai bien compris?

M. Fyke: Oui.

Des voix: Oh, oh!

M. Pagtakhan: Alors, pourquoi entend-on dire, dans les médias, qu'il y a une crise des soins de santé au Canada?

[Texte]

Mr. Fyke: I do not know why you are hearing the news. I guess you are hearing the news because there is a perceived crisis.

What I am saying is that the crisis will not be solved through more dollars, and that the crises we seem to hear about periodically across Canada with wait lists and those kind of issues can be addressed.

My point is that we are not utilizing the resources currently going into the system as well as we could, and that we must put more emphasis on measuring the health outcomes, the benefit of what we are doing, and that we are inappropriately utilizing many of our resources.

Mr. Pagtakhan: Turning to your review of the literature and the studies on this issue, what would be your best estimate on a comparative basis when a given case load of patients treated in the hospital, from your point of view, who can be appropriately treated outside a hospital? What would be the cost differential for the system?

Mr. Fyke: If you are asking me how many dollars we would save if we shifted to community—

Mr. Pagtakhan: Yes.

Mr. Fyke: I would not make an estimate of the dollars that we would save in the operating costs other than we would save significant dollars on the capital side.

I do not believe that shifting to the community will necessarily. . . I know some of my colleagues would say that community services are less expensive than institutional services. I am not prepared to say that because, if we give the kind of community services that we should be providing to our clients and elderly, it may not save a lot of operating costs but it will save capital dollars.

Remember, I am not suggesting that we add dollars to build up the community side. I am saying we should shift. We have demonstrated in Victoria where we can actually close beds and shift dollars to the community and provide a better level of care.

Mr. Pagtakhan: For the information of the committee, and with all modesty, Mr. Chairman, I did one study myself comparing the acute care treatment of patients with cystic fibrosis in the hospital and at home.

We were able to demonstrate, and we reported this study in Australia just about two years ago, at least a five-fold decrease in costs.

More importantly, we equally demonstrated that the quality of service has improved. So it is not only costs that we are trying to in fact reduce, but in fact we have improved the quality of care. That would be very informative if in fact we can see more of those

[Traduction]

M. Fyke: Je ne sais pas pourquoi vous entendez cela. Je suppose que c'est parce que on a l'impression qu'il y a une crise.

Ce que je veux dire, c'est que la crise ne peut être résolue par une augmentation des budgets et qu'il est possible de résoudre les problèmes dont on entend périodiquement parler dans l'ensemble du Canada, par exemple à propos des listes d'attente.

Ce que je veux dire, c'est que l'on n'utilise pas correctement les ressources actuellement disponibles, et qu'il faut accorder davantage d'importance à la mesure des résultats en matière de santé, à l'efficacité des mesures prises, en prenant conscience de la mauvaise utilisation actuelle d'un grand nombre de nos ressources.

M. Pagtakhan: Pour en revenir à l'analyse que vous faites de la documentation et des études sur cette question, quelle est, d'après vous, la proportion des patients actuellement traités en milieu hospitalier qui pourraient être convenablement traités ailleurs? Combien est-ce qu'on pourrait ainsi économiser?

M. Fyke: Vous me demandez combien on pourrait économiser en opérant un transfert vers les services communautaires. . .

M. Pagtakhan: Oui.

M. Fyke: Je ne peux pas vous donner d'estimation chiffrée quant aux coûts d'exploitation, mais je peux vous dire qu'il y aurait un écart important en fait d'immobilisations.

Je ne pense pas qu'un transfert vers les services communautaires occasionne nécessairement. . . Certains de mes collègues prétendent que ces services coûtent moins cher que les services hospitaliers. Je ne suis pas prêt à dire cela, car si l'on donne à nos clients et aux personnes âgées tous les services communautaires dont ils ont besoin, on ne gagnera pas grand-chose en coûts d'exploitation, mais on économisera en immobilisations.

Je ne propose pas qu'on augmente le budget des services communautaires. Je dis qu'il faut opérer un transfert. À Victoria, nous avons prouvé qu'il est possible de fermer des lits et de transférer les économies ainsi réalisées vers le secteur communautaire de façon à assurer un meilleur niveau de service.

M. Pagtakhan: Je tiens à signaler au Comité, en toute modestie, monsieur le président, que j'ai fait moi-même une étude comparative du traitement par des soins de courte durée de patients atteints de fibrose kystique en milieu hospitalier et à domicile.

Dans le rapport d'étude présenté en Australie il y a environ deux ans, nous avons montré qu'on pouvait faire baisser les coûts au cinquième du montant original.

Et qui plus est, nous avons également fait la preuve d'une amélioration de la qualité des services. Donc il ne s'agit pas seulement de réduire les coûts, mais d'obtenir une amélioration de la qualité des services. Il serait très utile de faire d'autres études comparatives de ce genre, en

[Text]

comparative studies done, particularly in a setting like yours where you have a golden opportunity to do a field study so that we can convince, perhaps, the powers that be.

I have just one short question to ask. You did say that amalgamation was a critical step in the way you achieved success in your institution but not necessarily the solution.

Then you say that amalgamation did create a climate conducive to recruiting highly competent staff and to trying new, innovative approaches. Would you briefly expand on that? How did it create a climate conducive to recruiting highly competent staff and to trying new, innovative approaches?

Mr. Fyke: The amalgamation created the climate of change and it also created the climate of the number of clear objectives that I established when I amalgamated the hospitals, and that was: "We are not interested in competition between the hospitals".

In other words, when we have two hospitals with two emergency departments and one is full, it is incumbent on the other institution to accept patients in the emergency department and to co-operate. I guess amalgamation clearly established that we are now one organization working towards one objective, serving one client, and that is the patient.

• 1015

Unfortunately, I am sure you have all witnessed that institutions become competitive and there is a lack of co-operation between those institutions for a multitude of reasons; amalgamation eliminated that competition.

I am saying that amalgamation was certainly a critical factor in Victoria, but I believe in a community where the institutions and the community wish to set their competitiveness aside and work together, they could probably accomplish what we have accomplished in Victoria. We have clearly demonstrated that we can work with our capital regional district, which is a separate organization providing the community support services, because we as a hospital have not taken the position that health care begins and ends at the hospital door.

We believe, I strongly believe, that the hospital is a component of the community and that health care begins in the community and probably ends in the community. We are one aspect of that—a very important one—and we will always have hospitals in this country, but they will not be the only contributor to health care.

You have to develop a mind-set in a community of working together, cutting out the competitiveness and the lack of co-operation and the attitude of two hospitals in one community as to which one gets the new CAT scanner, which one does not get the new CAT scanner, or which one lobbies the ministry of health to get the new

[Translation]

particulier dans des contextes particuliers comme le vôtre, qui propose un terrain d'étude tout à fait unique grâce auquel il devrait être possible de convaincre les pouvoirs publics.

Je voudrais vous poser une courte question. Vous avez dit que le fusionnement avait constitué une étape critique pour le succès de votre démarche, mais que ce n'était pas nécessairement la solution.

Vous avez dit ensuite qu'il avait permis d'établir un climat favorable au recrutement de spécialistes très compétents et à la mise en oeuvre de nouvelles solutions innovatrices. Pouvez-vous nous donner des précisions à ce sujet? En quoi le fusionnement a-t-il favorisé l'instauration d'un tel climat et l'adoption de nouvelles solutions innovatrices?

M. Fyke: Le fusionnement a créé un climat de changement et m'a permis de fixer des objectifs très précis lors du fusionnement des hôpitaux, en partant du principe que la concurrence entre établissements hospitaliers ne présentait aucun intérêt.

Autrement dit, dans une localité où il existe deux hôpitaux avec deux services d'urgence dont l'un est occupé à pleine capacité, il incombe à l'autre institution hospitalière d'accepter des patients dans son service d'urgence et de coopérer avec le premier hôpital. Grâce à la fusion, nous avons maintenant une organisation unique ayant pour seul objectif de servir les patients.

Malheureusement comme vous avez tous pu le constater, les hôpitaux ont tendance à se faire la concurrence entre eux plutôt qu'à coopérer et ce pour toutes sortes de raisons; la fusion a réussi à supprimer cette concurrence.

Donc la fusion a joué un rôle très important à Victoria, et je suis convaincu que la même chose pourrait être réalisée partout au Canada dès lors que les hôpitaux et les collectivités locales décident de coopérer plutôt que de se concurrencer. Ainsi nous avons réussi à prouver qu'il y a moyen de coopérer avec le district régional de la capitale qui assure des services de soutien à la collectivité, du moment que nous ne partons pas de l'hypothèse que seuls les hôpitaux sont habilités à s'occuper de la santé publique.

Les hôpitaux, à mon avis, font partie intégrante de la collectivité qui doit elle-même assurer la santé de ses membres. Les hôpitaux continueront à assumer un rôle important dans les soins de santé du pays, mais nous ne sommes pas les seuls à y contribuer.

Il faut donc promouvoir la concertation au sein des collectivités, essayer de réduire la concurrence entre les différents établissements hospitaliers pour l'obtention des différents équipements médicaux ou pour l'obtention de crédits en vue de la construction d'un nouveau service. Ce qui compte avant tout c'est le bien de la collectivité.

[Texte]

wing and which one does not get the new wing. You have to look at it from what is best for the total community.

At our place we have voluntarily reduced the size of our organization. We have 1,850 beds—almost 1,900 beds. We have voluntarily reduced by 60 beds and turned over \$1.1 million from our budget to this other organization.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): First of all, Mr. Fyke, I certainly appreciate your presentation. It certainly represents a number of things that my party has been saying over quite a considerable period of time.

Perhaps the best way of dealing with the financial situation is to say that if we change our system or the way in which we deliver our health care system, we can improve the system without putting more money into it. But if we maintain the system as it is without making some fairly fundamental changes, in order to maintain the level of service as we presently recognize it we would have to put more money into it.

I think we are in a unique situation in which we can both save money and improve the efficacy of the system. I do not think that is usual in the way in which we are trying to deal with the public services at the present time.

Since we are dealing with these issues from a federal perspective, I would like to ask you a couple of questions dealing with the federal government's role. As I suspect you will agree, the federal government does not take a very significant role in planning or co-ordinating our health care system across the country, since they view the system as one that is within provincial jurisdiction and therefore to some extent outside their control.

My view is that, and perhaps you would like to comment on this, it is absolutely critical if we are going to carry on the sorts of activities you have been carrying on in your one hospital, if we are going to do that across the country as I think would make a great deal of sense, we need some national leadership and national co-ordination and we need some attempt to ensure that this happens across the country.

How do you see the role of the federal government in bringing you back the sorts of changes that you suggest are needed?

Mr. Fyke: I think the flexibility in the current funding arrangements—and I am not here as an expert on the funding arrangements between the federal and provincial governments—allows the provinces to carry out the kind of reform that we are attempting to carry out in B.C.

Whether the federal government should take a more aggressive leadership role is a debatable point. I believe the provinces would quickly indicate that this is their turf and the federal government should stay out of it.

[Traduction]

Nous avons pour notre part décidé de réduire l'importance de notre organisation en réduisant notamment de 60 le nombre de lits qui est de près de 1,900 ce qui nous a permis de remettre plus de 1,1 million de dollars à l'autre hôpital.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): J'ai beaucoup apprécié votre intervention monsieur Fyke, d'autant que vous avez évoqué un certain nombre de points sur lesquels mon parti insiste depuis longtemps déjà.

Ce qui est certain c'est qu'il y aurait moyen d'améliorer notre régime de soins de santé sans pour autant augmenter les dépenses affectées à la santé. Par contre, si on refuse toute modification au système actuellement en place, il faudra augmenter les crédits pour maintenir la qualité des services.

Or, à mon avis, il y aurait moyen d'épargner de l'argent tout en améliorant la qualité des services, ce qui n'est pas tellement courant dans le secteur public.

Puisque nous sommes chargés d'examiner la question du point de vue fédéral, je voudrais vous poser quelques questions concernant le rôle du gouvernement fédéral. Les problèmes de santé étant de compétence provinciale et non fédérale, le gouvernement fédéral ne peut pas véritablement planifier ou coordonner la façon dont les soins sont assurés à travers le pays.

Or, pour généraliser à l'échelon du pays ce que vous avez si bien réussi dans votre propre hôpital, une coordination et un leadership national sont indispensables.

Qu'est-ce que le gouvernement fédéral devrait faire à votre avis pour promouvoir les changements que vous avez évoqués.

M. Fyke: Bien que je ne sois pas vraiment au courant des modalités de financement arrêtées entre les gouvernement fédéraux et provinciaux dans le domaine de la santé, j'estime que ces modalités sont suffisamment souples pour permettre aux provinces d'instaurer les réformes que nous avons entreprises en Colombie-Britannique.

Si le gouvernement essayait de jouer un rôle plus actif dans ce secteur, il est fort à craindre que les provinces crieraient aussitôt au scandale, accusant le gouvernement fédéral d'empiéter sur leurs plates-bandes.

[Text]

[Translation]

• 1020

The one thing I would like to see the federal government do is to play the role of evaluator and to research or evaluate some of the initiatives that are being carried out, such as our projects in Victoria. They are helping with some research funds. We are evaluating the VI-CARE program. I think this is one role the federal government could probably play very effectively. It should be done in a non-biased way for an outside evaluation. In other words, I cannot evaluate my program; it has to be an outsider. I think this is a role the federal government could play.

Mr. Axworthy: You are clearly right about the split responsibility, but it does seem to me that the pillars of medicare as stated in the Canada Health Act are not being carried out. We do not have anything approaching equal accessibility across the country and we have a great variety.

It does seem to me that the federal government's responsibility is clearly to enforce that act and it is not doing so. It has a number of powers you could use either by changes to the act or not to ensure that we had a better, more effective health care system.

With regard to health promotion and prevention and the definition of health status, I certainly agree with your comments. You seem to accept the WHO wider definition of health as including social and economic aspects. The federal government does not, it appears to me. Why would you suppose that was? What does it say about the federal government's concern about our health care system? It seems to me that with increasing levels of child poverty and so on, we have a major problem here with that definition of health.

Mr. Fyke: I cannot speak for the federal government, other than to suppose that the emphasis of the Canada Health Act resulted from the tradition of the HIDS and the medical care sharing arrangements of 1957 and 1967, which were then incorporated into EPF changes of 1977, I believe.

Hospital Insurance and Diagnostic Services and the medical care sharing were a cost-sharing arrangement for hospital and physician services. I do believe that we must have a much broader approach to the definition of health, but I do not believe the Canada Health Act in any way prohibits it.

Mr. Axworthy: I just wondered why you felt... It seems to me that the federal government does not accept the WHO definition or at least does not act as if it does. I just wondered if you had any concerns.

J'aimerais voir le gouvernement fédéral jouer le rôle d'évaluateur. J'aimerais le voir faire des recherches sur certaines initiatives telles que notre projet de Victoria. Le gouvernement participe au financement de la recherche. Nous évaluons le programme VI-CARE. C'est sans doute une fonction que pourrait remplir très efficacement le gouvernement fédéral. Cela doit être fait d'une façon objective, de l'extérieur. Autrement dit, je ne peux pas évaluer moi-même mon programme; quelqu'un de l'extérieur doit le faire. Il me semble que le gouvernement fédéral pourrait jouer ce rôle.

M. Axworthy: Vous avez tout à fait raison au sujet du partage des responsabilités, mais il ne me semble pas que les principes fondamentaux de l'assurance-santé, énoncés dans la Loi canadienne sur la santé soient appliqués. Nous sommes bien loin de l'égalité d'accès et la diversité est considérable.

Il me semble qu'il est clair que le gouvernement fédéral a la responsabilité d'assurer l'application de cette loi. Or, il ne le fait pas. Il dispose de divers pouvoirs qui lui permettraient, en modifiant la loi ou non, de faire en sorte que notre régime de soins de santé soit meilleur et plus efficace.

Pour ce qui est de la promotion de la santé, de la prévention, et de la définition de ce qui constitue la santé, je suis certainement d'accord avec vos commentaires. Vous semblez accepter la définition plus vaste de la santé qui est celle de l'OMS et qui englobe les aspects sociaux et économiques. Ce n'est pas le cas du gouvernement fédéral, il me semble. Comment expliquer cela, selon vous? Cela en dit long, n'est-ce pas sur l'approche du gouvernement fédéral à l'égard du régime de soins de santé. Compte tenu de l'ampleur grandissante du phénomène de la pauvreté chez les enfants et d'autres problèmes de ce genre, il existe un problème d'envergure en matière de définition de ce qui constitue la santé.

M. Fyke: Sans être un porte-parole du gouvernement je suppose que les lignes directrices de la loi, de la Loi canadienne sur la santé sont inspirées de la tradition de l'assurance-hospitalisation et des services diagnostiques et des ententes de partage des frais liés aux soins médicaux de 1957 et de 1967, ultérieurement intégrés au financement des programmes établis en 1977, je crois.

Dans le cas de l'assurance-hospitalisation et des services diagnostiques tout comme dans celui du partage des soins médicaux, il s'agissait d'une entente de partage des coûts visant les services hospitaliers et médicaux. J'estime que nous devons définir la santé d'une façon beaucoup plus globale, et il me semble que rien dans la Loi canadienne sur la santé ne l'empêche.

M. Axworthy: Je me demandais tout simplement pourquoi vous aviez l'impression... Il me semble que le gouvernement fédéral n'accepte pas la définition de l'OMS ou tout au moins, qu'il n'agit pas comme s'il l'acceptait. Je me demandais si cela vous causait des inquiétudes.

[Texte]

Mr. Fyke: I think it results from the historical factors of HIDS and the medical care sharing of 1967.

Mr. Axworthy: I understand your opposition to user fees and deterrent fees and your opposition to a competitive system for assessing the priorities for our health care system and your encouragement of home care services, which, in a province like mine, are being reduced.

Mr. Fyke: Which province?

Mr. Axworthy: Saskatchewan. There have been major attacks on what you have put forward as a way of saving money in our system.

What would you say to the Government of Canada and old governments and us a committee with regard to user fees, a competitive system and home care? Would you be telling us that we should forget about using user fees and deterrent fees, that we should not have a competitive system and that we should be putting more stress on non-institutional health care?

Mr. Fyke: That is what I am saying. There is no proof that user fees, if they are set up. . . and I believe this was proven in Saskatchewan in 1970 and proven by research and proven in the Rand Corporation. I believe I refer to this in my paper. User fees essentially prevent the poor from receiving care. The Canadian health care system was based in 1947 in Saskatchewan, in 1962 in Saskatchewan, and 1957 for all of Canada for hospitals, in 1967 for medical care across Canada on removing the financial barriers to accessibility. I see no advantage to then turning around and replacing financial barriers. It has been proven that utilization fees or user fees do not keep the middle class and the upper-income brackets from using the system.

• 1025

There appears to be a perception in some public comments on the fact that user fees would somehow save the system money. Well, taking \$10 out of my right pocket or taking \$10 out of my left pocket does not really save me any money. User fees still contribute to the amount of money of the GNP that is going to health care.

What I believe we strongly need is a co-ordinated system that looks at how the total system operates. If home care can streamline and is the most appropriate service for the client or for the patient, that is the one that should be provided. If hospital is the most appropriate, then hospital should be provided. If you could get the total system working like a clock, you will increase your

[Traduction]

M. Fyke: Je crois que cela est lié aux facteurs historiques, soit la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et le partage des soins médicaux de 1967.

M. Axworthy: Vous vous opposez au ticket modérateur et à un régime concurrentiel d'évaluation de l'ordre des priorités de notre régime de soins de santé et vous favorisez les services à domicile qui, dans une province comme la mienne sont en voie de réduction.

M. Fyke: Quelle province?

M. Axworthy: La Saskatchewan. Les mesures d'économie que vous prônez ont été beaucoup critiquées.

Qu'avez-vous à dire donc au Gouvernement du Canada, aux autres gouvernements et à notre comité pour ce qui est du ticket modérateur, du système concurrentiel et des soins à domicile? Est-ce que vous nous recommandez d'oublier le ticket modérateur, de ne pas favoriser un système concurrentiel et de mettre davantage l'accent sur les soins de santé hors du milieu institutionnel?

M. Fyke: C'est ce que je dis, en effet. Rien ne prouve que le ticket modérateur, s'il est imposé, soit avantageux. Je crois que c'est ce qui ressort de l'expérience de la Saskatchewan en 1970 et aussi de diverses recherches ainsi que des études de la *Rand Corporation*. Il me semble que j'aborde cet aspect dans mon document. Essentiellement, le ticket modérateur empêche les pauvres de recevoir des soins. Depuis 1947 en Saskatchewan, 1962 en Saskatchewan, 1957 pour l'ensemble des hôpitaux du Canada et 1967 pour l'ensemble des soins de santé dans tout le Canada, le régime canadien de soins de santé est fondé sur la suppression des entraves financières à l'accessibilité. Je ne vois vraiment pas l'intérêt de remplacer les obstacles financiers actuels par d'autres obstacles. Il a déjà été prouvé que les frais modérateurs n'entraînent absolument aucune diminution du recours au service de la part de la classe moyenne et des Canadiens riches.

Or, certains semblent croire que le fait d'imposer des frais modérateurs permettrait de faire des économies. Eh bien, que l'on prenne 10\$ dans ma poche droite ou 10\$ dans ma poche gauche, l'effet est le même; je ne réalise absolument aucune économie. Les frais modérateurs sont tout de même calculés dans la part du PNB consacrée aux soins de santé.

Ce dont nous avons le plus besoin, à mon avis, c'est d'un système global. Si un client ou un patient peut profiter le plus des soins à domicile, eh bien c'est justement ce service là qui devrait lui être fourni. S'il a plutôt besoin d'être soigné à l'hôpital, on devrait lui offrir cette possibilité. Si l'on pouvait faire en sorte que le système fonctionne avec une régularité et une fiabilité

[Text]

through-put through the hospitals and you will eliminate your waiting lists.

I hate to continue coming back to what we have done in Victoria, but that is my purpose for visiting you today. Four years ago we had numerous cancellations of elective surgery and acute care beds were being filled with what the critics said were "bed-blockers"—to me they were elderly people who were inappropriately using the hospital—and by changing that system we actually increased the through-put through the operating rooms and our waiting times for many of our procedures.

For example, in 1982-83 the waiting time for a cataract operation was 12 months; today it is about a month and a half to two months. For cataract in Victoria it is an in and out the same day, with a home care nurse visiting the night before at home and visiting the next night at home, teaching the patient how to care for the cataract. In 1983 it meant a five-day stay in the hospital. Those are the kinds of changes—and I want to emphasize the way we treat cataract cases is not unique to Victoria. That is something that is being done in many places across Canada.

The Chairman: Thank you, Mr. Axworthy.

Just before I move to Dr. Cole, you mention user fees and I think some of the arguments we have heard. . . and you have made a very valid point that it may in fact prevent those on lower income. . . Do you see the abuse in the existing system? We hear it so often of emergency services, for example, of people who will use those services perhaps more for convenience than for actual emergencies and there is the suggestion that perhaps a user fee in situations like that might prevent some of it.

Would you care to comment just briefly. Then we will hear from Dr. Cole.

Mr. Fyke: Yes, the emergency departments are inappropriately utilized, primarily for a number of reasons. One—and I personally had this in my own family two weeks ago. We had an incident at home and I had to decide whether I would be the one who would inappropriately utilize my emergency department or call my physician. I made the decision to inappropriately utilize our emergency department, because I was not sure if it was appropriate or inappropriate utilization of the emergency department. It could have been quite appropriate. When we got to the emergency department it was not necessary to have used the emergency department. Therefore, the consumer does not know sometimes whether it is appropriate or inappropriate utilization to go to the emergency department.

[Translation]

d'horloge, on pourrait faire traiter beaucoup plus de patients dans les hôpitaux, ce qui permettrait d'éliminer les listes d'attente.

Je m'excuse de revenir toujours sur ce que nous avons fait à Victoria mais, après tout, c'est justement pourquoi je suis là aujourd'hui. Il y a quatre ans, nous avons eu beaucoup d'annulations de chirurgies facultatives et les lits prévus pour les soins actifs étaient occupés en grande partie par de vieilles personnes qui n'auraient pas dû être soignées à l'hôpital. Grâce aux changements que nous avons apportés au système, nous avons augmenté le nombre de patients pouvant être traités dans nos salles d'opération, tout en réduisant de beaucoup la période d'attente pour bon nombre de traitements.

En 1982-1983, par exemple, la période d'attente pour une opération de la cataracte était de 12 mois; à l'heure actuelle, elle est d'un mois et demi à deux mois. À Victoria, un patient subissant cette opération rentre chez lui le jour même, et une infirmière spécialisée en soins à domicile lui rend visite la veille et le lendemain de sa chirurgie pour lui apprendre à se soigner. En 1983, cette opération exigeait un séjour à l'hôpital de cinq jours. Voilà donc le genre de changement que nous avons opéré—et j'insiste sur le fait que notre façon de soigner les cas de cataracte n'est pas unique à Victoria. Ça se fait partout au Canada.

Le président: Merci, monsieur Axworthy.

Avant de donner la parole au Dr Cole, j'aimerais qu'on reparle un petit peu de la question des frais modérateurs. Certains des arguments qu'on a fait valoir. . . Et vous même avez avancé—et c'est un argument très valable à mon avis, que l'imposition de frais modérateurs va peut-être empêcher les petits salariés. . . Pensez-vous qu'il y a beaucoup d'abus du système à l'heure actuelle? On nous dit tellement souvent que les gens ont recours aux services d'urgence, par exemple, parce que c'est plus commode, et non pas parce qu'il y a une véritable urgence. Voilà pourquoi certains prétendent qu'on pourrait prévenir de tels abus en imposant des frais modérateurs.

Pourriez-vous répondre très brièvement, et ensuite nous donnerons la parole au Dr Cole.

M. Fyke: Il est vrai que les services d'urgence sont souvent mal utilisés, et ce, pour plusieurs raisons. L'une des raisons—et j'ai moi même eu cette expérience il y a deux semaines—nous avons eu un incident dans ma famille et j'ai dû choisir sur le champ entre avoir recours aux services d'urgence, peut-être sans que cela soit nécessaire, et appeler mon médecin. J'ai décidé de recourir aux services d'urgence, sans que ce soit nécessaire en fin de compte, puisque je n'étais pas sûr de la gravité de la situation. Cela aurait pu être tout à fait approprié. Il se trouve que, lorsque nous sommes arrivés à l'hôpital, nous nous sommes rendus compte que nous n'étions pas obligés d'aller à l'urgence. Donc, parfois le consommateur ne sait pas s'il doit ou non se prévaloir des services d'urgence.

[Texte]

The other factor is the availability of physician services after hours, and that is expanding in many communities across Canada. I believe you solve that problem by education and providing an alternative service during those hours. A \$10 utilization fee would not have prevented me that evening from inappropriately utilizing our emergency department and it would prevent very few people. You do not make the decision when you are faced with taking a loved one to an emergency department, if you believe that is what they need. The \$10 is not going to stop you from taking that patient, unless you are very poor and then it may. This may be the wrong thing to do.

• 1030

I see very little use in user fees. I think public education and providing an alternative service are better. There is a service obviously required and you should look at how you provide that in the community.

Mr. Cole (York—Simcoe): I am very interested in your presentation, Mr. Fyke. It is excellent. There are a couple of things I would like to question you on relating to what you have done in Victoria. I understand you have combined three hospitals into one hospital system. I think Victoria is probably unique in its geographical set-up. I find some difficulty in being able to say that this is going to be effective through the rest of the country. This is where I am having the problem with your premise.

We have seen it recently in my area. A hospital 10 miles from the hospital in my community had a CAT scan and the community pressure was that our hospital was not as good because the one 10 miles down the road had a CAT scan, so there was a public drive for it.

There is an awful lot of jealousy between hospitals. I commend you for being able to get the hospitals together. I do not know how it is going to work where you do not have the isolation set-up as Victoria does. I would be interested in your comments because I am sure you have talked to other organizations and other hospitals about it.

Mr. Fyke: Could I ask you, sir, what your community is? I do not know.

Mr. Cole: York—Simcoe, north of Toronto and Newmarket.

Mr. Fyke: How many hospitals are in the community?

Mr. Cole: There is one hospital in my community.

Mr. Fyke: Is there one 10 miles away?

Mr. Cole: Yes. In York region, there are probably three major—

[Traduction]

L'autre facteur, c'est la disponibilité des services de médecin en dehors des heures de travail normales; je pense que les services de médecin sont de plus en plus disponibles à ces heures là dans beaucoup de collectivités au Canada. Je pense qu'on peut régler ce problème justement en sensibilisant les gens et leur offrant des services en dehors des heures normales de travail. Ce soir-là, un ticket modérateur de 10\$ ne m'aurait pas empêché d'utiliser à tort notre service d'urgence et découragerait très peu de personnes de le faire. On ne tient pas compte du prix lorsque l'on juge nécessaire d'amener un être cher au service d'urgence. Les 10\$ ne vont empêcher personne d'y amener le patient, sauf peut-être en cas de grande pauvreté. C'est peut-être une solution peu appropriée.

Je ne vois guère l'utilité du ticket modérateur. J'estime qu'il serait préférable d'éduquer la population ou de fournir le service autrement. La nécessité d'un tel service existe manifestement; et vous devriez essayer de voir au niveau de la collectivité quelle serait la meilleure façon de l'assurer.

M. Cole (York—Simcoe): Monsieur Fyke, j'ai trouvé votre exposé des plus intéressants. Il était excellent. J'aimerais vous poser quelques questions au sujet de ce que vous avez fait à Victoria. J'ai cru comprendre que vous avez regroupé trois hôpitaux. La situation géographique à Victoria est sans doute unique. J'hésiterais à conclure que la même solution serait efficace partout au pays. Voilà la réserve que j'ai à l'égard de votre hypothèse.

Nous avons pu le constater récemment dans ma région. Un hôpital situé à 10 milles de l'hôpital de ma collectivité possédait un appareil de tomographie assistée par ordinateur (TAO), et les gens de ma localité prétendaient que notre hôpital était moins bon parce qu'il n'avait pas lui aussi un tel appareil. Ainsi, la population exerçait des pressions pour que nous en ayons un nous aussi.

Il y a énormément de rivalité entre les hôpitaux. Je vous félicite d'avoir réussi à faire travailler les vôtres ensemble. Je ne sais pas comment nous pourrions parvenir aux mêmes résultats dans les localités moins isolées que ne l'est Victoria. J'aimerais savoir ce que vous en pensez, puisque vous avez sans doute discuté de la situation avec d'autres organisations et d'autres hôpitaux.

M. Fyke: Puis-je vous demander, monsieur, d'où vous êtes? Je ne le sais pas.

M. Cole: De York—Simcoe, au nord de Toronto et de Newmarket.

M. Fyke: Combien d'hôpitaux y a-t-il dans votre localité?

M. Cole: Il y en a un.

M. Fyke: Il y en a un autre 10 milles plus loin?

M. Cole: Oui. Dans la région de York, il y a sans doute trois grands. . .

[Text]

Mr. Fyke: I am a very strong advocate of hospital amalgamation, but I am not here today to suggest that every community in Canada should amalgamate its hospitals. I know exactly what you are referring to because I have worked with it and seen it in my career many times that a hospital thinks a CAT scanner is going to contribute or an MRI machine or whatever.

Mr. Cole: I am not quite sure that the hospital thinks that. I think the people within the community feel that because another hospital is able to provide this service, our hospital cannot and so our hospital is less.

Mr. Fyke: I guess I would like to see that community sit down and decide what kind of care is required in the community. Maybe one hospital could provide the CAT scanner and the other hospital could provide a very enhanced physiotherapy home support service. Working together, they could provide... I should not be so presumptuous, because I do not know the community. I am talking from experience of other communities.

I believe you should look at what is required in the community and work to co-ordinate those services. As for the hospital that does not have a CAT scanner, the community should say what is really required in this community. Is it a CAT scanner? Is it an enhanced Meals on Wheels? Is it an enhanced school lunch program for children? There are many ways of improving the health of the community and what it is the community needs.

In the community of Victoria, where we have a lot of elderly, I believe it is maintaining the elderly in their homes as long as possible. It is having the facilities available so the elderly can die in their homes, spending their last days in their familiar room with their familiar paintings on the wall and their loved ones around them, rather than in an institution. It is what the community needs.

This is not necessarily easy for the community to come up with. It needs some leadership, but I do think it can work.

• 1035

Mr. Cole: Do you see that coming from such organizations as the regional government, through their health services branch, through the community health services organization? Is that where you see that direction coming from?

Mr. Fyke: It can come from the community. It can come from reports of committees like yours. It can come from reports of the federal government, the Lalonde

[Translation]

M. Fyke: Je suis un partisan convaincu de la fusion des hôpitaux, mais je ne suis pas venu aujourd'hui préconiser que les hôpitaux de toutes les collectivités du Canada fusionnent. Je sais exactement de quoi vous parlez, parce que j'ai eu connaissance à plusieurs reprises pendant ma carrière de l'importance qu'attachent les hôpitaux aux appareils de tomographie assistée par ordinateur ou d'IRM.

M. Cole: Je ne suis pas tout à fait convaincu que ce soit l'hôpital qui y tienne le plus. Il me semble que c'est plutôt la population qui juge que l'hôpital de sa collectivité offre des services de moins bonne qualité parce qu'il ne peut pas fournir le même service qu'un autre hôpital.

M. Fyke: L'idéal, ce serait que les membres de la collectivité se rencontrent afin de décider de la nature des soins requis dans la collectivité. Un hôpital pourrait peut-être offrir les services de tomographie et l'autre un service nettement amélioré de physiothérapie à domicile. Si ces hôpitaux travaillaient ensemble, ils pourraient fournir... Je ne devrais peut-être pas être si présomptueux, parce que je ne connais pas la collectivité. Je m'en remets à l'expérience acquise ailleurs.

J'estime qu'il vous faudrait essayer de déterminer quels services sont requis dans les collectivités afin d'en coordonner la prestation. Pour ce qui est de l'hôpital qui ne possède pas d'appareil de tomographie, c'est à la collectivité de dire quels services sont nécessaires dans la collectivité. A-t-elle besoin d'un appareil de tomographie assistée par ordinateur? A-t-elle besoin d'un meilleur programme de repas servis à domicile? A-t-elle besoin d'un programme enrichi de goûters servis à l'école pour les enfants? Il y a maintes façons d'améliorer la santé de la collectivité en fonction des besoins de cette dernière.

Dans une collectivité comme celle de Victoria, qui compte énormément de personnes âgées, j'estime que la priorité, c'est de permettre à ces personnes de vivre dans leur foyer le plus longtemps possible. L'essentiel, c'est de mettre à la disposition des personnes âgées des services qui leur permettront de vivre leurs derniers jours dans le décor familial de leur salle de séjour, entourées des personnes qui leur sont chères, plutôt qu'en institution, et de mourir chez eux. Voilà ce dont a besoin la collectivité.

Ce n'est pas toujours facile pour la collectivité d'atteindre cet objectif. Il faut que quelqu'un en prenne l'initiative, mais je pense que cela peut donner de bons résultats.

M. Cole: Pensez-vous que ce leadership viendra du gouvernement régional, par l'intermédiaire de ses services de santé, ou des services de santé communautaire? Pensez-vous que ce sont eux qui donneront cette impulsion?

M. Fyke: Je pense qu'elle viendra de la collectivité. En fait, les rapports de comités comme le vôtre peuvent donner un coup de pouce en ce sens. Ce genre

[Texte]

report, the Epp report, the report of the Canadian Medical Association a few years ago on availability of services for the elderly. It can change, and I believe it is changing. I know that a number of us would like it to change faster, because I am concerned that these problems will lead us into believing that more money is the only answer and I honestly do not believe more money is going to solve the problem.

Mr. Cole: Getting to money, I would like to make a comment. One of the things that has always bothered me about the health care system. . . . When we try to assess value, it is extremely difficult to say if you should have this test, because it costs an extra \$100, or you should not have this test. But the general public—certainly I, for one—is not aware of what it costs the people of Canada when they go in for treatment or go in for services.

I have always felt that there should be at least the knowledge out there to the general public that when they receive services, whether they are in hospital or in the doctor's office or in an emergency clinic, they should at least be advised of the cost of the services they have received.

Do you, in your system, feel that this is an important aspect, or do you feel that it is a non-entity?

Mr. Fyke: I feel it has very limited value. When I was deputy minister of health in Saskatchewan, we decided to send statements out each year to families as to how much benefit they got from the health system in the year. I forget how much it cost, but we believed and decided that the benefits do not support the cost. People said, so what? I paid for the system anyway—and threw it in the garbage. Actually, a couple of people wrote cheques out and sent it back to the government for that amount; they thought it was a bill.

The others basically said: so what? I think it is: so what? I needed the care.

Mr. Cole: What is the value?

Mr. Fyke: What is the value of the Canadian military system to me personally? If I got a statement saying that my share of contribution to the Canadian military was x , so what? I am not sure if that is enough or too much, because I am not an expert, I know nothing about the field. So I do not think that has any value.

We have to show more leadership with our utilization of our institutions. We can involve the patient, and I believe we should be involving the patient more in

[Traduction]

d'encouragement peut provenir de rapports du gouvernement fédéral, entre autres le rapport Lalonde et le rapport Epp. D'ailleurs, il y a quelques années, l'Association médicale canadienne avait abordé dans son rapport la question de la disponibilité des services aux personnes âgées. Les choses peuvent changer, et j'estime qu'elles sont en train de changer. Je sais que certains d'entre nous souhaiteraient qu'elles évoluent plus rapidement. Pour ma part, je crains que ces problèmes ne nous amènent à croire que la solution consiste à dépenser davantage d'argent. En toute franchise, je ne pense pas qu'une augmentation des crédits soit la solution.

M. Cole: Puisqu'on parle d'argent, je voudrais faire un commentaire. Il y a une chose qui m'a toujours agacé au sujet du système de soins de santé, et c'est la difficulté d'attribuer une valeur à certains de ses éléments. Ainsi, il est extrêmement difficile de déterminer si une personne doit ou non passer un test qui coûte 100\$ de plus. Lorsqu'ils reçoivent des services ou qu'on leur administre un traitement, les gens ne savent pas combien cela coûte à la population canadienne. En tout cas, c'est mon cas.

J'ai toujours pensé que le grand public devrait être au courant des coûts des services qu'il reçoit, que ce soit à l'hôpital, au cabinet du médecin ou à la clinique d'urgence.

Dans votre système, estimez-vous que c'est un aspect important ou non?

M. Fyke: J'estime que ce n'est guère important. Lorsque j'étais sous-ministre de la Santé en Saskatchewan, notre gouvernement avait décidé d'envoyer tous les ans aux familles un état financier chiffrant les services de santé dont elles avaient bénéficié pendant l'année. J'ai oublié combien cela coûtait, mais nous avons déterminé que les avantages de cette initiative n'en justifiaient pas le coût. La réaction des gens était de dire: «Et après? J'ai payé pour ce régime de toute façon.» Et ils jetaient le document à la poubelle. En fait, il y a même des gens qui ont libellé des chèques à l'ordre du gouvernement pour la somme en question. Ils ont cru qu'il s'agissait d'une facture.

Mais essentiellement, les gens disaient: «Qu'est-ce que cela peut faire? J'avais besoin de ces soins.»

M. Cole: Mais qu'est-ce que ça vaut?

M. Fyke: Quelle est la valeur que j'accorde personnellement au système militaire canadien? Si je recevais un état financier indiquant la part de ma contribution à l'infrastructure militaire canadienne, cela ne me ferait ni chaud ni froid. Je ne saurais dire si c'est suffisant ou excessif, étant donné que je ne suis pas un expert. Je ne connais rien dans ce domaine. Par conséquent, je ne pense pas que cela ait quelque valeur que ce soit.

Nous devons innover davantage dans la façon dont nous utilisons nos établissements. Nous pouvons intégrer le patient dans le processus. D'ailleurs, j'estime que le

[Text]

making the decision as to whether or not a particular surgical procedure is the route that patient should go. There are programs in the United States and a lot of research being done on this with interplay with computers where the physician can sit down and go over all the alternatives with the patient and then that patient can in their own quiet time decide if they are going to use surgical intervention or take other routes of treatment to look after their illness. But I do not think cost is necessarily a factor.

Mr. Cole: I think the people of Canada are generally concerned about rising health care costs—whatever that is, if it is a reality or not. My point was that if the person who went in and stayed in the hospital for a couple of days realized at that time that it cost \$1,500 a day, or whatever the factor is, to stay in that hospital for that day when the alternative could have been someone in their home, providing appropriate care, but keeping in the home environment. . .

• 1040

I think it would be much more dramatic to the people of this country to understand that, and we can talk about it, but the person in the home says: Well, you know, we had to bring a nurse in for four hours. They can relate to that. They know that it costs \$25 an hour for that nurse. "It cost \$100 for me to stay at home", not realizing the other side of the coin that it cost \$1,000 for them to stay in the hospital to provide the same thing. If we are not able to educate and explain to that patient, it is going to be very difficult to get that kind of support, because this is a dramatic change in our system.

Mr. Fyke: A quick response if I could, Mr. Chairman. I am not sure if at the point of intervention that is when you tell a patient, but I do believe as a public education we need to do a better job in broad public education on our health care system in many aspects—

Mr. Cole: The fact that it is not free.

Mr. Fyke: The fact that it is not free, and the fact that there may be more appropriate services than a hospital bed.

Mr. Wilbee (Delta): Welcome to Ottawa. I am sure you are missing the crocuses in Victoria today.

Mr. Fyke: What is that white stuff?

Mr. Wilbee: If you said you were from Saskatchewan I am sure you would recognize it. I have a lot of questions and comments that I would like to go over with you, but we do not have the time.

I have been on the staff of nine hospitals in the Lower Mainland, and practised for 30 years in Delta, particularly Tsawwassen, so the clientele was very similar to what you have in Victoria. The problem that we always had was that at least 25% of our beds were, as you say, clogged with seniors awaiting extended care, and the comment

[Translation]

malade devrait avoir davantage son mot à dire quand il s'agit de décider s'il doit opter ou non pour une intervention chirurgicale. Aux États-Unis, on effectue beaucoup de recherches dans ce domaine. Il y existe d'ailleurs des programmes où, à l'aide d'un ordinateur, le médecin peut passer en revue toutes les options qui s'offrent à un malade. Par la suite, c'est l'intéressé qui décide, après mûre réflexion, s'il va opter pour la chirurgie ou pour d'autres méthodes de traitement pour soigner sa maladie. Mais je ne pense pas que le coût soit nécessairement un facteur.

M. Cole: En général, les Canadiens se préoccupent de l'augmentation du coût des soins de santé, qu'il s'agisse d'une réalité ou non. Mon argument, c'est que si une personne hospitalisée pour quelques jours sait que cela coûte 1,500\$ par jour, alors qu'elle aurait aussi bien pu être soignée chez elle par une infirmière compétente. . .

Ce qui aurait beaucoup plus d'effet, ce serait d'en convaincre les Canadiens, et on pourra en discuter si vous voulez, mais le malade cloué chez lui ne pense qu'aux 25\$ l'heure que lui coûte la visite d'une infirmière. Cela, il le touche du doigt. Il se dit que ça lui coûte 100\$ de rester à la maison, sans réaliser que les mêmes soins donnés à l'hôpital coûteraient 1,000\$. Si on ne parvient pas à expliquer cela aux malades, on n'arrivera pas à obtenir leur appui. Cela suppose un revirement complet de la situation.

M. Fyke: J'aimerais répondre brièvement, monsieur le président. J'ignore si c'est là où l'on donne les soins qu'il faut en parler au malade, mais je pense qu'un gros effort d'information sur le système de santé doit être fait. . .

M. Cole: Faire comprendre que ce n'est pas gratuit.

M. Fyke: Que ce n'est pas gratuit et qu'il y a d'autres options que l'hospitalisation.

M. Wilbee (Delta): Bienvenue à Ottawa. Je suis sûr que les crocus de Victoria vous manquent aujourd'hui.

M. Fyke: Qu'est-ce que c'est que ce truc blanc?

M. Wilbee: Si vous venez bien de la Saskatchewan, comme vous l'avez dit, cela ne vous est sûrement pas inconnu. J'aurais un million de choses à discuter avec vous, mais le temps nous manque.

J'ai travaillé dans neuf hôpitaux dans le sud de la partie continentale de la Colombie-Britannique et j'ai pratiqué la médecine pendant 30 ans dans la circonscription de Delta, en particulier à Tsawwassen. Ma clientèle s'apparente donc beaucoup à celle de Victoria. La difficulté que nous avons toujours eue, c'est qu'au

[Texte]

always was that if we built more extended care beds we would have room in our acute care hospitals.

You come today and you say that you have closed 60 extended care beds, and you are flying in the face of everybody's experience. Could you give us a brief sketch or a thumbnail outline of how you have been able to do this?

Mr. Fyke: We have taken the position, and tried to work very hard with our medical staff, with our hospital staff, and our community. I strongly believe that when you are in the health care field it is very easy to run a deficit, and it is very easy to blame government for not having enough money to run your institution. I wanted to try to change that and run an institution where we tried to solve our own problems.

I guess it was opportune in British Columbia, when we amalgamated the hospitals and with restraint—it was very easy to say to my medical staff and my hospital staff: Let us try to solve our problems; to ask for more funds is not a feasible alternative. We sat down and examined how we could approach a number of these issues. There was a great degree of risk and there were many people who did not believe we could do it. There were many doubting Toms who did not believe we could actually reduce.

I think we had at one point 35% or 40% of our beds in one institution inappropriately used with elderly people, as you mentioned. We were constantly getting complaints from the public and from the surgeons for cancelling elective surgery. We felt that if we changed the booking model and made a number of changes we could actually improve the system. In other words, an efficient systems runs better than an inefficient system. We were fortunate—I will not say "I"—we were fortunate in that we had a group of people who sat down with the same philosophy and asked how they could make this system work better within the resources available. With amalgamation we were able to eliminate a lot of positions, a lot of administrative overhead, and turn those dollars into clinical care. I believe we eliminated up to 70 or 80 administrative and support positions and added about 100 to 115 nursing and nursing support, direct-patient-care individuals. We could do a lot. It gave us the flexibility to do a lot of those things. I do not know if I have answered your question adequately, but—

[Traduction]

moins le quart des lits étaient accaparés par des personnes âgées en attente de soins prolongés. On disait toujours que s'il y avait plus de places pour les soins prolongés, nos hôpitaux de soins de courte durée seraient désengorgés.

Pourtant, contrairement à l'avis de tous, vous nous dites aujourd'hui avoir supprimé 60 places de soins prolongés. En quelques mots, pourriez-vous nous dire comment vous y êtes parvenus?

M. Fyke: Nous avons collaboré de près avec le personnel médical, le personnel de l'hôpital, ainsi que la population locale. J'ai toujours trouvé que dans le domaine de la santé, il est très facile de tomber dans un déficit et de blâmer le gouvernement du manque de ressources nécessaires à l'administration de l'établissement. J'ai voulu changer cette mentalité, pour qu'on puisse résoudre nous-mêmes nos problèmes.

Le moment était propice en Colombie-Britannique: le temps était à l'austérité, et les hôpitaux fusionnaient. C'était le moment idéal de convaincre les médecins et le personnel d'essayer de résoudre nos difficultés, parce qu'il n'était plus possible d'obtenir d'autres crédits. Nous avons examiné différents angles d'attaque. Le risque était grand, et beaucoup ne nous donnaient aucune chance de réussir. Il y avait beaucoup de saints Thomas qui ne croyaient pas qu'on arriverait à faire des réductions.

À un certain point, dans un de nos hôpitaux, entre 35 et 40 p. 100 des places étaient occupées par des personnes âgées qui n'auraient pas dû être là, comme vous l'avez dit. La population et les chirurgiens nous assaillaient de plaintes pour avoir annulé des opérations facultatives. Nous avons pensé qu'en changeant le système de réservation et certaines autres choses, on arriverait à faire mieux. Autrement dit, un système efficace marche mieux qu'un système inefficace. Nous avons eu de la chance, en ce sens que nous avons eu un groupe de gens qui avaient la même philosophie et qui se sont demandé comment ils pouvaient rendre ce système plus efficace avec les ressources disponibles. Grâce au fusionnement, nous avons pu éliminer beaucoup de postes ainsi que de nombreux frais généraux administratifs, et consacrer aux soins cliniques les sommes ainsi économisées. Nous avons éliminé environ 70 ou 80 postes de soutien et administratifs et nous avons ajouté de 100 à 115 postes chez le personnel infirmier et auxiliaire qui s'occupe directement des patients. Cela nous a permis de faire beaucoup de choses. Cela nous a donné la souplesse voulue pour faire ces choses. Je ne sais pas si j'ai bien répondu à votre question, mais...

• 1045

Mr. Wilbee: Partly, but there are a couple of other questions I would like to talk to you about. In your preliminary statement you compare us to the United States, unfavourably as far as our bed use and utilization is concerned. We are always being told that the American standard is not the one that Canadians wish to be compared to. Is it the fact that maybe people should be in

M. Wilbee: En partie, mais il y a quelques autres questions que j'aimerais aborder avec vous. Dans votre déclaration préliminaire, vous nous comparez avec les États-Unis et vous dites que les États-Unis font une meilleure utilisation des lits. On nous dit toujours que les Canadiens ne veulent pas être comparés aux Américains. Mais faut-il en fait garder les gens à l'hôpital comme nous

[Text]

hospital the length of time that we are in Canada or are you saying that we should aim for the American standard?

Mr. Fyke: I believe there are aspects of the American health care system that Canadians would not want, such as the 35 million people who are not covered and the difficulty in the cost—the 11.5% or 11.1% of the GNP compared to 8.5%—but there are aspects to the American health care system from which I believe we can learn. They are tighter on their utilization and there is no indication that their indexes, health indicators, are any poorer as a result of that. The other aspect that I believe Canadians must look at, which the Americans are looking at in a very aggressive way right now, is the effectiveness of the procedures that are being done by the physicians.

A number of articles in the *New England Journal of Medicine* on the effectiveness of health care are coming out and really questioning, as is the work being done by the Rand Corporation. Are all the procedures that are being done resulting in an improved health outcome? Open-heart surgery, many things—and I think those questions have to be answered. I think medicine historically, as you well know, is based on a scientific approach to its effectiveness. Physicians in the United States are getting back to that and starting to ask what is the outcome of these procedures, what is the benefit of more lab tests, what is the benefit of more CAT scanners, and that type of thing.

Mr. Wilbee: I would agree with that, and a lot of it is public education. It is much like the necessity for a CAT scan in every hospital. It is a status symbol and it is a status symbol to have a quadruple by-pass, etc.

I have just a couple of other questions. You mentioned the problem of a nursing shortage and my feeling is that you would have to be a little bit strange to be a nurse nowadays with the salaries they are paid, the hours they work, the nonsense they put up with. Do you have any solutions to the nursing "shortage"?

Mr. Fyke: I do not have answers. I believe there are some areas we have to address. We have to address the working conditions of nurses. We have to address the way in which the medical profession has treated the nursing profession. We have to address the way in which the administration of hospitals has treated the nursing profession. The nurse was always the one who was there 24 hours a day; after the administrator went home, she became the administrator, and when the physician was at home in bed, she became the physician. Those times of picking up everybody else's duties have to be changed.

I think it is going to require a significant change over the next five to ten years. There is not a simple answer and I believe it is something that we are certainly attempting. It is probably a topic of one of our highest priorities in our institutions. We do not have a shortage of

[Translation]

le faisons au Canada ou dites-vous que nous devrions viser la norme américaine?

M. Fyke: Je crois qu'il y a certains aspects du régime de soins de santé américain dont les Canadiens ne veulent pas, notamment le fait que 35 millions de gens ne sont pas couverts et le problème de coût—les 11,5 ou 11,1 p. 100 du produit national brut par rapport à 8,5 p. 100. Mais je pense que nous avons beaucoup à apprendre de certains autres aspects du régime de soins de santé américain. Ils font une utilisation beaucoup plus efficace de leurs ressources, et leurs indices, les indicateurs de santé, ne semblent pas être plus mauvais pour autant. L'autre aspect que les Canadiens devraient examiner à mon avis, et sur lequel les Américains se penchent très activement, actuellement, c'est l'efficacité des interventions pratiquées par les médecins.

Dans une série d'articles parus dans le *New England Journal of Medicine*, on remet en question l'efficacité des soins de santé. C'est le cas également d'une étude effectuée par la *Rand Corporation*. Toutes ces interventions, notamment les opérations à cœur ouvert, améliorent-elles la santé? Je pense qu'il faut répondre à ces questions. Comme vous le savez, on a toujours évalué l'efficacité de la médecine d'un point de vue scientifique. Aux États-Unis, les médecins reviennent à ce principe et commencent à se demander quelles sont les conséquences de ces interventions, s'il est utile d'effectuer un plus grand nombre de tests en laboratoire, d'avoir un plus grand nombre de tomodensitomètres et ce genre de choses.

M. Wilbee: Je suis tout à fait d'accord, et il s'agit en grande partie d'une question d'éducation de la population. Est-il nécessaire que chaque hôpital ait son propre tomodensitomètre? Cet appareil est un symbole de prestige, tout comme l'est le quadruple pontage, etc.

J'aurais quelques autres questions à vous poser. Vous avez parlé du problème de la pénurie d'infirmières. J'ai l'impression qu'il faut être assez original de nos jours pour vouloir être infirmière étant donné le salaire qu'elles gagnent, les heures qu'ils doivent travailler, les conditions de travail difficile qui leur sont imposées. Avez-vous des solutions à proposer à ce problème de pénurie d'infirmières?

M. Fyke: Je n'ai pas de réponse. Je pense que nous devons régler certains problèmes. Nous devons régler le problème des conditions de travail des infirmières. Il y a la façon dont les médecins et les administrateurs des hôpitaux traitent les infirmières. L'infirmière a toujours été celle qui devait être présente 24 heures par jour; lorsque l'administrateur rentre chez lui, c'est elle qui devient administrateur, et lorsque le médecin rentre chez lui, elle devient médecin. L'époque où l'infirmière devait se charger des responsabilités de tout le monde est révolue. Cela doit changer.

Je crois qu'il devra y avoir un changement important au cours des cinq à dix prochaines années. Il n'y a pas de réponse simple. Nous tentons de trouver une solution au problème. Cette question est sans aucun doute l'une de nos plus grandes priorités dans nos établissements. Nous

[Texte]

nurses yet, but certainly on the mainland they have a severe shortage.

• 1050

Mr. Wilbee: The big news in the Vancouver papers is the waiting list of 700 people for open-heart surgery and the suggestion that they would go to Seattle. Do you have comments on that?

Mr. Fyke: The only comment I would make is that our waiting list for open-hearts is five weeks for electives, and emergencies can get in tomorrow.

I think it is primarily related to one hospital having difficulties during the nursing strike last summer and not being able to recruit the critical care nurses to keep their volumes up for open-hearts. We kept our open-heart cases going all the way through the strike. It was not easy, but we kept those volumes up. I think why B.C. is in the problem it is in relates to a number of factors coming out of the strike.

Mr. Wilbee: So you see it as a temporary thing; if we get rid of the backlog we should be able to carry on?

Mr. Fyke: Yes.

Mrs. Clancy (Halifax): Mr. Fyke, may I begin by echoing the comments of my colleagues here today in congratulating you on your presentation. I was particularly encouraged by your comments relating to a re-education process, and also encouraged by your dispensing with the concept of user fees.

I too am concerned—and I believe Mr. Cole brought it up—about your formula working in other areas. There is probably more of a similarity in my own maritime region than there would be in Metro Toronto and its environs. But again, there are the difficulties with changing the attitudes not just of the patients but... I would presume your education would have to go to the health care professionals themselves, taking in the various professions involved in this. My concern is that we make very clear that while I agree and am very impressed by your plans, clearly this re-education process and the alternative services would have to be in place before we made major cut-backs, in a sense, in acute care beds. Would you agree with this, and would you have any idea of how long it might take to get this system moving full-fledged?

Mr. Fyke: First of all, I am not suggesting the Victoria plan can just be put in across Canada.

Mrs. Clancy: No, no.

Mr. Fyke: However, I would like to qualify that and say what we are doing in Victoria today five years ago they

[Traduction]

n'avons pas encore de pénurie d'infirmières chez nous, mais les établissements qui se trouvent sur le continent connaissent certainement une grave pénurie d'infirmières.

M. Wilbee: À la une des journaux de Vancouver, on parle des 700 personnes qui sont sur la liste d'attente pour les opérations à cœur ouvert et on laisse entendre qu'ils iront peut-être à Seattle. Qu'en dites-vous?

M. Fyke: Tout ce que je peux vous dire, c'est que pour les opérations à cœur ouvert, la période d'attente est de cinq semaines pour les interventions facultatives; quant aux urgences, elles sont traitées immédiatement.

Tout cela tient aux difficultés qu'a connu un hôpital pendant la grève des infirmières l'été dernier, lorsqu'il n'a pas été possible de trouver un nombre suffisant d'infirmières spécialisées en soins critiques pour maintenir le rythme des opérations à cœur ouvert. Quant à nous, nous avons continué ce type d'opération pendant toute la grève. Ça n'a pas été facile, mais nous n'avons pas ralenti. Si nous nous trouvons dans cette situation difficile aujourd'hui en Colombie-Britannique, c'est pour diverses raisons ayant trait à la grève.

M. Wilbee: Pensez-vous que ce soit temporaire? Si vous pouvez éliminer le retard, pensez-vous que nous allons pouvoir faire face?

M. Fyke: Oui.

Mme Clancy (Halifax): Monsieur Fyke, permettez-moi tout d'abord de me joindre à mes collègues pour vous féliciter de votre exposé. J'ai été particulièrement encouragée par vos commentaires sur la rééducation, et par la façon dont vous avez réglé la question du ticket modérateur.

Moi aussi, je me demande—comme M. Cole, je crois—si votre solution peut être appliquée dans d'autres régions. Il y a probablement davantage de ressemblance entre votre région et la mienne, c'est-à-dire les Maritimes, qu'il n'y en aurait avec la région métropolitaine de Toronto. Mais encore une fois, la difficulté est de changer les attitudes non seulement des patients mais... J'imagine que votre projet serait d'éduquer les professionnels de la santé eux-mêmes dans toutes les spécialisations concernées. J'approuve entièrement votre plan, que je trouve extrêmement intéressant, mais il me paraît évident qu'il faut d'abord voir à changer les attitudes et à mettre en place ces nouveaux services avant de réduire, en quelque sorte, le nombre de lits réservés aux soins actifs. Est-ce également votre avis, et pouvez-vous nous donner un idée du temps qu'il faudrait prévoir pour que ce système soit pleinement opérationnel?

M. Fyke: Tout d'abord, je ne prétends pas que le plan de Victoria puisse être appliqué tel quel dans tout le Canada.

Mme Clancy: Non, non.

M. Fyke: Toutefois, permettez-moi de vous dire que ce que nous faisons actuellement à Victoria avait été jugé

[Text]

said could not be done either. If a community wants to do something, with the right leadership and the right incentives it can do it, and certainly with the support of the community and the medical staff. To provide the alternatives to institutional care you have to build your community support services first.

Mrs. Clancy: That is right.

Mr. Fyke: So maybe in a community, rather than getting an increase in funding next year from the ministry of health in Ontario—I am sorry, the Maritimes—

Mrs. Clancy: It is very different; especially on the funding side.

Mr. Fyke: I am talking now about the percentage of the gross national product staying the same. Rather than extra funds going into the institution, those extra funds could be diverted, tagged, for community support programs.

Mrs. Clancy: The operative word being “tagged”, yes.

Mr. Fyke: And those could be offered by the institution. They do not necessarily have to be offered by another organization. It is quite feasible to have an institution have a community division of the institution that goes out into the home and does the pre-admission visit, post-discharge visits, and those kinds of things.

Mrs. Clancy: You have not mentioned in particular, because you have not gone into specifics, other than general medicine, general surgery... do you have any kind of an alternative program in obstetrics?

Mr. Fyke: Obstetrics is not one of my success stories.

Mrs. Clancy: Sorry about that. I just thought I would ask.

Mr. Fyke: I believe our average length of stay for normal deliveries could be less. That is an objective we will be working on over the next year. There is still continued debate as to how much community support you need for a normal delivery for a mother going home after a normal delivery and a normal babe. But I hope we can address that issue over the next year.

• 1055

Ms Greene (Don Valley North): This sort of thing has been talked about in metropolitan Toronto since I first became involved in government in 1972. We have a district health council, as I am sure you are aware, we have home care programs, Meals on Wheels and so on, and our hospitals have undergone renovation programs for outpatients and so on. It seems to me it has simply meant more money. The line-ups for surgery, etc., are longer if anything. Looking at the whole system, most

[Translation]

impossible il y a encore cinq ans. Lorsqu'une collectivité veut faire quelque chose, si elle est bien dirigée et si on l'y encourage comme il faut, elle peut y parvenir, à condition bien sûr d'avoir l'appui des services communautaires et des médecins. Pour offrir des soins ailleurs que dans les hôpitaux, il faut d'abord avoir de bons services de soutien communautaires.

Mme Clancy: C'est exact.

M. Fyke: Alors, dans une communauté donnée, plutôt que d'obtenir un accroissement du financement, pour l'année suivante, du ministère de la Santé de l'Ontario—pardon, je veux dire des Maritimes... .

Mme Clancy: Ce n'est pas du tout la même chose, surtout lorsqu'il s'agit d'argent.

M. Fyke: Ce que je dis tient compte d'un produit national brut inchangé. Plutôt que d'accorder ces fonds supplémentaires à des institutions, on pourrait les détourner et les affecter aux programmes de soutien communautaires.

Mme Clancy: Le mot clé est justement «affecter».

M. Fyke: Et ces programmes pourraient être offerts par l'établissement hospitalier. Il n'est pas absolument nécessaire que cela vienne d'un autre organisme. On peut facilement envisager qu'un hôpital ait une division des programmes communautaires dont les employés seraient chargés d'aller au domicile du malade pour des visites préhospitalisation et posthospitalisation, par exemple.

Mme Clancy: Vous n'êtes pas entré dans le détail, et en dehors de la médecine générale et de la chirurgie générale, vous n'avez pas mentionné... existe-t-il un programme semblable dans le domaine de l'obstétrique?

M. Fyke: Je n'ai pas eu beaucoup de succès dans ce domaine-là.

Mme Clancy: Vous m'en voyez désolée. Je me posais simplement la question.

M. Fyke: J'estime que pour les accouchements normaux, le temps moyen d'hospitalisation pourrait être réduit. C'est un objectif que nous essayerons d'atteindre au cours de l'année à venir. Nous n'avons pas encore réussi à établir l'importance de l'aide communautaire à apporter à une mère qui rentre chez elle après avoir eu un accouchement normal et un bébé normal. Mais j'espère que nous réussirons à résoudre ce problème au cours de l'année à venir.

Mme Greene (Don Valley-Nord): On discute de ces choses-là à Toronto depuis que je me suis intéressée pour la première fois à l'administration gouvernementale, en 1972. Nous avons créé un conseil sanitaire de district, comme vous le savez, j'en suis sûre, nous avons mis sur pied des programmes de soins à domicile, nous organisons la livraison de repas à domicile, etc., et nos hôpitaux ont été modernisés afin de recevoir des patients externes. Il me semble qu'il a tout simplement fallu y consacrer

[Texte]

metropolitan Toronto residents would say it is in crisis. We have patients in Ottawa from metropolitan Toronto and from Newmarket receiving treatment for cancer and so on. There does not seem to be a great deal of co-operation going on in any kind of realistic way. It seems to me the institutions are still having more and more operations and so on. Actually what is happening with home care and Meals on Wheels is possibly people are being serviced who did not get serviced before at all.

I am wondering what you think the key ingredients are to your success story in terms of who is on your board of directors, what kind of relationship you have with your provincial government, what kind of authority that board has as far as distributing funding. What kind of technical aspects contribute to your success?

Mr. Fyke: I will try to elaborate. I tried, in bit of an awkward fashion, to provide this gentleman with an answer. What you are asking is what have been our critical success factors or what factors have led to our success.

I think the amalgamation of the hospitals is obviously a contributing factor, but I would not argue that it is the only factor. As I indicated to one gentleman, the hospitals and the community, if they work together and not worry about whether one person gets a CAT scanner because the one down the road 10 miles got one. . . Secondly, an environment that the amalgamation and restraint created in B.C. during the very tough restraint years meant we had to do better with what we had. It is more difficult in an environment where there is lots of money to bring about changes. Necessity is the mother of change sometimes, and that probably was one of the contributing factors in the mid-1980s in British Columbia.

The second was to change the attitude within the institution and the community, that the hospital was part of the broader community and what we should be looking at is what is the appropriate care, not which bed is available for the client; looking at it from a broader perspective. That takes leadership, and it takes an excellent relationship with the ministry of health.

If you picked up the newspapers in Victoria you saw headlines about hospitals demanding that government give them more money, hospitals short of beds, hospital crises. The environment that we worked very hard to create when amalgamation occurred in 1984 was: I have no intention of fighting with the government in the newspapers. I believe in working with the government. If I have a disagreement with the government I disagree with them, but it is not my role as a CEO to be making public statements in the newspapers every day. I believe strongly

[Traduction]

d'avantage d'argent. Il me semble aussi que les patients qui doivent être opérés attendent de plus en plus longtemps. La plupart des habitants de la communauté urbaine de Toronto diraient que, pris dans son ensemble, le secteur est en crise. Nous devons envoyer des patients de la région de Toronto et de Newmarket à Ottawa pour faire soigner leur cancer. Il ne semble pas qu'il y ait beaucoup de coopération. Le nombre d'opérations dans les établissements hospitaliers augmentent, me semble-t-il. En fait, ce qui se produit, c'est que des gens qui reçoivent maintenant des soins à domicile et des repas à domicile n'obtenaient rien auparavant.

Je voudrais savoir quelles sont les raisons de votre succès, qui siège à votre conseil d'administration, quel type de rapport vous entretenez avec votre gouvernement provincial, et de quel pouvoir votre conseil d'administration dispose lorsqu'il s'agit de distribuer les crédits? Qu'est-ce qui contribue à votre succès?

M. Fyke: Je vais essayer de vous le dire. J'ai essayé de façon un peu gauche de répondre à ce monsieur. Vous me demandez quelles sont les raisons de notre succès.

Je crois que la fusion des hôpitaux y a manifestement contribué, mais ce facteur n'est pas le seul, à mon avis. Comme je l'ai déjà dit, si les hôpitaux et les collectivités collaborent et n'essaient pas à tout prix d'obtenir un scanner parce que quelqu'un d'autre en a obtenu un quelque milles plus loin. . . Deuxièmement, la fusion et les restrictions imposées en Colombie-Britannique au cours des années difficiles que nous avons traversées nous ont amené à utiliser au maximum ce que nous avions. Lorsque l'argent coule à flots, il est très difficile d'apporter quelque changement que ce soit. De la nécessité naît le changement parfois, et c'est vraisemblablement un des facteurs qui a contribué à notre succès vers le milieu des années 80 en Colombie-Britannique.

Il a également fallu changer l'attitude qui régnait au sein de l'établissement et de la collectivité, se mettre à penser que l'hôpital faisait partie de la collectivité élargie, et nous avons décidé qu'il fallait se demander quels soins apporter, et non pas quel lit donner au client, nous avons pensé qu'il fallait inscrire le tout dans une perspective plus large. Pour cela, il faut faire preuve de leadership, et il faut également entretenir d'excellents rapports avec le ministère de la Santé.

Si vous aviez lu les journaux de Victoria à l'époque, vous auriez vu, en manchette, que les hôpitaux demandaient davantage d'argent au gouvernement, qu'ils manquaient de lits, que l'hôpital en général était en crise. Lorsque les hôpitaux ont fusionné en 1984, nous avons décidé de créer un nouveau climat, ce qui n'a pas été facile: je n'avais pas l'intention de me battre avec le gouvernement par l'intermédiaire des journaux, je crois qu'il faut collaborer avec le gouvernement, si je ne m'entends pas avec le gouvernement, je ne m'entends pas

[Text]

that by working with government you can achieve more than fighting government.

Ms Greene: You said that you are considering closing 60 beds.

Mr. Fyke: We have closed them.

Ms Greene: So you actually did get money out of that which you—

Mr. Fyke: We are turning a cheque for \$1.1 million over to the community, I believe in 10 days.

• 1100

Ms Greene: Are community services under the auspices of another board or are they directly—

Mr. Fyke: In Victoria there are five municipalities which form a Capital Regional District. This is the municipal level of government and the community services are under that municipal level of government. Our board is appointed by the Minister of Health and it is a public board of community leaders appointed by the minister. So there are two separate—

Ms Greene: So they are not hospital people then?

Mr. Fyke: It is a hospital board, but it is community people appointed to the board by the Minister of Health.

Ms Greene: Provincially.

Mr. Fyke: Yes.

Ms Greene: I think that is a big difference. You do not have—

Mr. Fyke: Two separate organizations.

Ms Greene: —your hospitals with a constituency of their own.

Mr. Fyke: All of my board members live in the community. They are not elected.

Ms Greene: I know, but all our hospitals have their own independent boards. They are separate, autonomous organizations.

Mr. Fyke: I guess what you have to try to achieve is a board that serves the community, not one that is trying to get this hospital to have another 50 beds.

Ms Greene: I guess they all think they are serving the community.

Mr. Fyke: Pardon?

Ms Greene: They think they are serving the community by providing—

Mr. Fyke: I am not suggesting they are not.

Ms Greene: —an excellent level of service or whatever in that particular hospital constituency.

[Translation]

avec lui, mais en ma qualité de PDG, il ne m'appartient pas de faire des déclarations publiques dans les journaux chaque jour. En collaborant avec le gouvernement, je crois qu'on peut en faire davantage qu'en se battant avec lui.

Mme Greene: Vous avez dit que vous envisagiez de fermer 60 lits.

M. Fyke: Nous les avons fermés.

Mme Greene: Vous avez donc obtenu de l'argent qui va...

M. Fyke: Nous remettrons un chèque de 1,1 million de dollars à la collectivité dans 10 jours, je crois.

Mme Greene: Les services communautaires sont-ils sous les auspices d'un autre conseil ou sont-ils directement...

M. Fyke: À Victoria, cinq municipalités sont regroupées en district régional de la Capitale. Il s'agit d'un niveau de gouvernement municipal qui assure les services communautaires. Notre conseil qui se compose de personnalités de la collectivité est nommé par le ministre de la Santé. Donc il y a deux conseils distincts...

Mme Greene: Donc, ce ne sont pas des dirigeants d'hôpitaux?

M. Fyke: Ce conseil d'hôpital se compose de membres de la collectivité nommés par le ministre de la Santé.

Mme Greene: Au niveau provincial.

M. Fyke: Oui.

Mme Greene: Je crois que c'est une distinction importante. Vous n'avez pas...

M. Fyke: Deux organismes distincts.

Mme Greene: ... enfin, vos hôpitaux ne sont pas autonomes.

M. Fyke: Tous les membres de mon conseil résident dans la collectivité. Ils ne sont pas élus.

Mme Greene: Je le sais, mais tous nos hôpitaux ont leur propre conseil indépendant. Ce sont des organismes distincts et autonomes.

M. Fyke: J'estime qu'il faut essayer de former un conseil qui dessert la collectivité et non pas un conseil qui essaie de trouver 50 lits additionnels pour l'hôpital.

Mme Greene: Je crois que les membres estiment qu'ils servent la collectivité.

M. Fyke: Pardon?

Mme Greene: Ils croient qu'ils servent la collectivité en procurant...

M. Fyke: Je ne prétends pas le contraire.

Mme Greene: ... un excellent niveau de service pour la clientèle desservie par l'hôpital.

[Texte]

But you have really taken over all the private boards and have a provincially directed kind of system. Are your social service costs out of a separate budget? Is that from your provincial—

Mr. Fyke: The home support services, home care nursing?

Ms Greene: Yes.

Mr. Fyke: They are out of a separate budget of mine, but they do come from the health ministry.

Ms Greene: Ours is another ministry. We have a whole—

Mr. Fyke: I have known government ministries to co-operate.

Ms Greene: It also has municipal funding. There is a substantial portion that is municipal. So everybody has his own budget agenda.

Mr. Fyke: I do not wish to suggest answers to Toronto. But I—

Ms Greene: But I can see why yours is much more streamlined. There are fewer decisions-makers.

Mr. Fyke: I would plead with you that it was not that much more streamlined in 1984.

Ms Greene: Okay. Thank you.

Mr. Karpoff (Surrey North): I have worked in administration in health care in British Columbia for the last 20 years, so I am very aware of what has happened in Victoria. I am also aware that the first suggestions to amalgamate those hospitals took place in the early 1970s. So there was quite a time lag between the time it was originally decided that it should happen and did.

There are a number of issues that we could spend a great deal of time talking about, but it seems to me that one of the fundamental issues that you have demonstrated is the question of who is responsible for the health care system. Basically what you are saying is that there is a responsibility for the community on a public basis to plan and to co-ordinate a system, as opposed to being a competitive free market system. The United States has a competitive free market system. We are saying that if we really put our minds to it on the basis of a community planning a system, we can reduce our costs and improve the level of care.

I would like you to comment on that.

Secondly, in the early 1970s in B.C. we started to develop health and community resource boards that combine community health services, like public health. Some not only tie into institutions but also tie into social services, because often it is very difficult to draw the demarcation.

[Traduction]

En fait, vous avez vraiment mis la main sur tous les conseils privés pour établir un système dirigé au niveau provincial. Y a-t-il un budget distinct pour les services sociaux? Et-ce que cela provient de votre gouvernement provincial?

M. Fyke: Les services d'appui à domicile et les services de soins infirmiers à domicile?

Mme Greene: Oui.

M. Fyke: J'ai un budget distinct pour ces frais, mais les fonds proviennent en effet du ministère de la Santé.

Mme Greene: Nous avons un ministère distinct pour cela. Nous avons tout un. . .

M. Fyke: La collaboration entre ministères peut exister.

Mme Greene: Il y a également un financement municipal pour ces services. En fait, une proportion assez importante provient du municipal. Tous les niveaux ont leur propre idée de ce qu'ils veulent faire avec leur budget.

M. Fyke: Loin de moi de suggérer des solutions pour Toronto, mais je. . .

Mme Greene: Je comprends toutefois pourquoi votre système est beaucoup plus simple. Il y a moins d'instances décisionnelles.

M. Fyke: Je vous répondrai que le système n'était pas beaucoup plus simple en 1984.

Mme Greene: D'accord. Merci.

M. Karpoff (député de Surrey-Nord): J'ai oeuvré dans le milieu de l'administration des services de santé en Colombie-Britannique pendant les 20 dernières années, donc que je suis tout à fait au courant de ce qui s'est produit à Victoria. Je sais également qu'on a commencé à songer à fusionner ces hôpitaux au début des années 70. Il y a donc eu un délai important entre la prise de décision et la mise en oeuvre.

Nous pourrions discuter pendant longtemps de toutes sortes de questions, mais il me semble que l'une des questions fondamentales que vous avez mentionnée est celle de la responsabilité du système de soins de santé. En sommes, ce que vous nous dites, c'est que la collectivité a la responsabilité publique de planifier, de coordonner le système, plutôt que de permettre la concurrence dans un système de marché libre. Un tel système existe aux États-Unis. Or, on dit ici que si la collectivité est vraiment décidée à mettre sur pied un système, il est possible de réduire les coûts et d'améliorer la qualité des soins.

J'aimerais entendre vos commentaires à cet effet.

En second lieu, au début des années 1970, la Colombie-Britannique a commencé à mettre sur pied des conseils de ressources communautaires et de santé qui regroupaient les services de santé communautaire, tels que les unités de santé publique. Certains d'entre eux étaient rattachés non pas seulement aux institutions mais également aux

[Text]

Do you see any reason why you could not at a community level deliver the full range of public health services and institutional services under one co-ordinating system? Many of the ones that you are talking about—for example, the home support programs, the home nursing programs—have almost been in between. Would you comment on those three areas, please.

Mr. Fyke: To answer your last question, there is no reason whatsoever that a community board could not deliver all of those services. It certainly could be done and probably within the next five years we will see more of those. I understand the Toronto General Hospital has recently begun a comprehensive health organization type of arrangement. However, I do not know the details of it. Yes, it can certainly work. You have hospital community health boards in B.C. and in Ontario; we have them in Saskatchewan. For some reason in those times—I know, coming from Saskatchewan—they were of varying degrees of success. I think part of it was the difficulty in getting the physician support required.

• 1105

We are now looking in Victoria, and a year from now I may be able to tell you changes that have occurred in this next year where how we can take what we have done so far. . . We have a consultant looking at how we can move into the next phase of what is almost a planning body that looks at. . . Before I bring a new MRI machine into the hospital, we look at that with community input as to priority. With our Victoria health project, we have held a number of community meetings. Invitations are put in the paper, and we have people coming into an auditorium and we talk about the health priorities within the community.

Mr. Karpoff: My first question is on this business about the public responsibility at a community level for co-ordinating and planning as opposed to a competitive free market. Do you have any comments on that?

Mr. Fyke: I support community planning because I think there is a place for competition as long as that competition does not result in unnecessary duplication and a waste of resources, because the resources in the health field come from just one person. We are all paying for it. I like to believe that one of my responsibilities is to try to get the maximum service for the minimum dollars because I realize the health budget represents a very significant part of every provincial government's budget, and I know there are other services. If I waste \$1, that could have been spent in education or in social

[Translation]

services sociaux, car il est souvent difficile d'établir la démarcation entre les deux.

Connaissez-vous une raison pour laquelle un conseil communautaire ne pourrait pas livrer une gamme complète de services de santé publique et de services institutionnels? Plusieurs des services que vous avez mentionnés—par exemple, les programmes d'appui à domicile, les programmes de soins infirmiers à domicile—sont essentiellement entre les deux. Pourriez-vous nous faire part de vos commentaires sur ces aspects, s'il vous plaît?

M. Fyke: Pour répondre à votre dernière question, il n'y a absolument aucune raison pour laquelle un conseil communautaire ne pourrait pas livrer tous ces services. Cela pourrait certainement se faire et nous allons sans doute assister à la formation de ce genre de structure au cours des cinq prochaines années. Je crois comprendre que le *Toronto General Hospital* vient tout juste d'intégrer les différents services de santé. Toutefois, je ne connais pas tous les détails. En somme, oui, cela peut certainement fonctionner. Des conseils de santé conjoints ont été mis sur pied en Colombie-Britannique, en Ontario et en Saskatchewan. Pour une raison quelconque (étant originaire de la Saskatchewan, je connais bien la situation), ces conseils n'ont pas tous connu le même succès. Je crois, qu'en partie, c'est qu'ils ont eu de la difficulté à obtenir l'appui des médecins.

À Victoria, les choses bougent, et dans un an, je serai plus en mesure de vous faire part de tous les changements qui se seront produits au cours de l'année à venir. Nous avons fait appel à un spécialiste pour nous conseiller sur l'étape suivante, qui consiste à mettre sur pied un organisme de planification. . . Avant de faire l'acquisition d'un nouvel émetteur IRM, je consulte la communauté. Nous avons organisé plusieurs assemblées communautaires dans le cadre du projet Victoria. Nous invitons les gens à venir discuter des priorités de leur communauté en matière de santé en faisant paraître une annonce dans le journal.

M. Karpoff: Ma première question porte sur le rôle que doit jouer le communauté en matière de planification et de coordination par opposition à celui que jouerait le marché libre. Avez-vous des commentaires à ce sujet?

M. Fyke: J'appuie le concept de la planification communautaire parce que, même si le marché a un rôle à jouer, ce rôle ne doit pas mener à un dédoublement des services ni au gaspillage des ressources. Il ne faut pas oublier que le financement des soins de santé provient d'une seule et même source: le contribuable. Je crois qu'il m'incombe d'obtenir le plus de services possibles pour le peu de fonds dont je dispose. Je sais que les fonds affectés aux soins de santé représentent une partie importante des budgets provinciaux, et je sais qu'il y a d'autres besoins. Si je gaspille un dollar, j'enlève ce dollar aux budgets de

[Texte]

services or something else. So I do very much believe and support co-ordinated planning, community planning.

Mr. Karpoff: One of the things that have happened in B.C., as you are aware, is this controversy—I was going to say “fight”, but it was maybe a controversy—in hospitals. Many of the hospitals have moved away from using licensed practical nurses or practical nurses totally, and it seemed at the time that a lot of it was motivated as an attempt to undermine the HEU rather than as an attempt to better utilize staff services. Are you in Victoria moving back to using alternate staff to registered nurses?

Mr. Fyke: About 10, 15 or 18 years ago there was a move toward all-RN wards. I was involved in one in Saskatchewan where we actually believed that with a total registered nursing ward, with all registered nurses serving on the ward, there was more continuity of care and better care planning and that the nurse could spend more time with the patient and discuss many aspects of his illness and that type of thing. The thinking has changed now with the perceived shortage of nurses. We are going to have to examine whether a lot of the duties that were carried out by nurses on total-RN wards are better now allocated to licensed practical nurses or nurse's aides or a transport system to bring goods to the patient. So I guess the pendulum is swinging back the other way.

So the short answer is, yes, we are going to have to examine what nurses are doing in order to give them job satisfaction and in order to have adequately trained nurses in the critical areas in which we need them.

The Chairman: I assume those bells are for quorum call in the House. Mr. Fyke, what is your time schedule? Have you any more time available now?

Mr. Fyke: I am at your disposal until 6 p.m. I would like to go for a walk in the snow.

The Chairman: I am sure for anybody from Victoria it would be quite a thrill to come to Ottawa and walk in the snow.

• 1110

Mr. Pagtakhan: Mr. Chairman, I would just like to pursue the American way. Were we to utilize the system, we could reduce the number of patient stay days in the hospital. From my reading of the American literature, there is a lot of dissatisfaction with that system. I think before you suggest that—I know you were very careful in saying that there are aspects of the American system that are good, and I will not dispute it—I think we have to take great caution. There is co-insurance in the United States. There are a number of under-insured as well, in addition to the non-insured.

There are so many aspects of the American health care system that I think it would be dangerous to suggest this.

[Traduction]

l'éducation, des services sociaux et autres. Je crois sincèrement en l'utilité de la planification coordonnée et la planification communautaire.

M. Karpoff: Comme vous le savez, il y a de la controverse en Colombie-Britannique (j'allais utiliser le terme «dispute», mais il s'agit peut-être bien de controverse), au sein des hôpitaux. Certains hôpitaux avaient cessé d'utiliser les services d'infirmiers et d'infirmières auxiliaires et, à l'époque, on avait accusé ces hôpitaux d'avoir tenté de miner le syndicat des employés d'hôpitaux au lieu d'optimiser l'utilisation de leurs ressources humaines. Les hôpitaux de Victoria sont-ils revenu sur leur décision de n'embaucher que des infirmiers et des infirmières autorisés?

M. Fyke: Il y a environ 10, 15 ou même 18 ans, les hôpitaux avaient décidé de n'utiliser que du personnel infirmier autorisé. Il y avait un hôpital en Saskatchewan qui croyait sincèrement qu'un personnel composé entièrement d'infirmiers et d'infirmières autorisés assurerait une plus grande continuité et une meilleure planification des services. Le personnel infirmier pourrait ainsi consacrer plus de temps aux malades. La pénurie de personnel infirmier a mis fin au mouvement. Nous allons maintenant devoir décider si une bonne partie du travail maintenant effectué par des infirmiers et des infirmières autorisés devrait plutôt être confié à des infirmiers et à des infirmières auxiliaires, ou à des aides-infirmiers ou encore à un service de distribution aux malades. Il semble que le mouvement de la pendule ne soit renversé.

Effectivement, nous allons devoir revoir les fonctions du personnel infirmier afin de les rendre plus valorisants et afin d'assurer une meilleure affectation du personnel infirmier autorisé au sein des divers services.

Le président: J'entends l'appel du timbre. De combien de temps disposez-vous, monsieur Fyke? Pouvez-vous nous consacrer encore quelques minutes?

M. Fyke: Je suis à vous jusqu'à 18 heures, mais j'aimerais bien aller me promener dans la neige.

Le président: J'imagine qu'une promenade dans la neige à quelque chose d'attrayant pour quelqu'un qui vient de Victoria.

M. Pagtakhan: Pour revenir sur la question des États-Unis. Si nous voulions utiliser votre système, nous pourrions diminuer le nombre de jours d'hospitalisation. D'après ce que j'en conclus de mes lectures le système américain, crée énormément d'insatisfaction. Avant que nous ne proposiez un tel système, je crois qu'il nous faudrait avancer avec énormément de précaution car je sais que vous avez bien pris soin de dire qu'il y a certains aspects du système américain qui sont bons et je ne vous contredirai pas à ce propos. Il y a aux États-Unis la co-assurance. Cependant, en plus de ceux qui n'ont pas d'assurance, il y a aussi ceux qui n'en ont pas assez.

Le système américain de soins est tellement complexe qu'il me semble qu'il serait dangereux de proposer cette

[Text]

On that line, you identified three factors of inappropriate utilization, including ineffective physician practices, inefficient hospital operations and lack of alternative services. Were the first two to be improved, we would reduce cost. Were the latter to be provided, we would add cost. So it would be a balance of these three factors. Which of these three is the key element in inappropriate utilization?

Mr. Fyke: I do not believe you can look at just one. I believe you have to look at all three. Part of the physicians' inappropriate utilization arises because the physician did not have an alternative in the community at 9 p.m. on a Friday for an elderly patient who came to the emergency department. The physician did not have an alternative service to refer that patient to, so he admitted her. I think you have to do all three.

Mr. Pagtakhan: I agree.

Mr. Fyke: I believe all three can be done without additional resources. If you improve one and two, you can free up the funds for three.

Mr. Pagtakhan: Hopefully they would balance.

Mr. Fyke: Yes.

Mr. Pagtakhan: I am glad to hear your confidence in that.

Mr. Fyke: I am very confident they can balance.

Mr. Pagtakhan: How are the premiums in B.C.? Have the premiums paid by residents been increasing? Are they the same figures, other than for inflation?

Mr. Fyke: I knew there would be one question this morning for which I would not have the answer, and I am afraid this is the one. They increased a year ago and I honestly cannot give you the fees. I do not have the figures with me. You are talking about the premiums people pay to the government.

Mr. Pagtakhan: Yes.

Mr. Fyke: I cannot give you that figure, I am sorry. I should know it, but I just cannot give it to you.

Mr. Pagtakhan: With your present system in Victoria, have you identified any problem at all following the amalgamation?

Mr. Fyke: Oh, yes, many. I will just quickly run over them. Certainly the problems in the early days were undue competition between the hospitals and duplication of services; inappropriate utilization of our operating rooms; inappropriate utilization of our beds; patients lined up in corridors waiting to get a bed for as long as 24 or 48 hours, without oxygen, without a light; and that type of thing.

[Translation]

solution. Vous mettez le doigt sur trois facteurs d'utilisation inappropriée: pratique inefficace de la part des médecins, gestion inefficace au niveau des hôpitaux et manque de solutions de rechange au niveau des soins. Si l'on réussissait à améliorer les deux premiers aspects, les coûts diminueraient. Si nous devons fournir le troisième élément, nous ajouterions aux frais. Il s'agirait donc d'équilibrer ces trois facteurs. Lequel de ces trois facteurs constitue l'élément-clé?

M. Fyke: Je ne crois pas qu'on puisse prendre ces éléments isolément. Je crois qu'il nous faut étudier les trois. Au niveau du médecin, il n'y a peut-être pas d'autres services communautaires disponibles à 21h00 le vendredi pour un patient du troisième âge qui arrive au service d'urgence. Le médecin ne peut renvoyer ce patient nulle part ailleurs et il doit donc autoriser son admission. Je crois qu'il faut étudier les trois aspects.

M. Pagtakhan: D'accord.

M. Fyke: Je crois que l'on peut s'attaquer aux trois volets sans demander des ressources additionnelles. Si vous améliorez le premier et le deuxième, vous libérez des fonds pour le troisième.

M. Pagtakhan: Si l'on est optimiste, les trois s'équilibreraient.

M. Fyke: Oui.

M. Pagtakhan: Je suis heureux d'entendre que vous avez confiance à ce niveau.

M. Fyke: Je suis sûr que cela s'équilibrerait.

M. Pagtakhan: Et qu'en est-il des primes en Colombie-Britannique? Est-ce que les primes payées par les résidents de cette province ont augmenté? Ou les chiffres sont-ils demeurés les mêmes, en tenant compte de l'inflation?

M. Fyke: Je savais bien qu'on me poserait une question ce matin pour laquelle je n'aurais pas de réponse et je crois bien que l'on vient de me la poser. Elles ont augmenté il y a un an et je ne puis vraiment pas vous dire quelles sont les primes. Je n'ai pas les chiffres avec moi. Vous voulez dire les primes que les gens paient au gouvernement.

M. Pagtakhan: Oui.

M. Fyke: Je ne puis vous donner ce chiffre, j'en suis désolé. Je devrais le connaître, mais je ne puis tout simplement pas vous le donner.

M. Pagtakhan: Avec votre système actuel à Victoria, avez-vous mis le doigt sur des problèmes suite à ce regroupement?

M. Fyke: Oh, oui, beaucoup. Je vous en fais un petit résumé rapide. Au tout début, il y avait les problèmes de concurrence induite entre les hôpitaux et de dédoublement de services; utilisation inappropriée de nos salles d'opération; de nos lits; patients alignés dans les corridors pendant 24 ou 48 heures avant d'obtenir un lit, sans oxygène, sans lumière; ce genre de choses.

[Texte]

There were surgical cancellations, whereby people would be cancelled for their surgery before they come in or even after they come in. There were inappropriate lengths of stay before surgery; inappropriate length of stay after surgery; and inefficiencies within our laboratory system in getting results back on time. There were many barriers to an effective system. We started looking at what those barriers were and started working on solving those barriers.

That is how the system can work better. It is like a clock. If part of the mechanism of your clock is not working, you do not have accurate time. That is the way a health system works.

Mr. Pagtakhan: That was the old. Then with the improved system following amalgamation, you solved most of them or all of them.

Mr. Fyke: A lot of them have been solved. We have not solved all the problems yet; there are still a couple left.

Mr. Pagtakhan: Have you identified any problem unique to the new system?

Mr. Fyke: Yes. One of the biggest problems that we have is communication within the system.

Our organization has 1,900 beds, 5,500 employees, 650 physicians and 17 unions. Communication with all of the physicians is a problem. We have a very large medical staff when you amalgamate that many hospitals. Of course we have a lot of physicians in Victoria because we do not have that white stuff on the ground. We have a lot of physicians, and the communication and the education and the explanation of what it is we are trying to do is a very difficult problem.

• 1115

The other problem we had, and on which we certainly have had co-operation from the ministry, was that I wanted assurance from the ministry that any savings we would make would be used in the community, because you cannot have a funding system where one hospital does a wonderful job and has a \$3-million surplus and the government takes it away and gives it to the hospital down the road that has a \$3-million deficit. Your innovation ends that day, because you do not feel like working really hard to help somebody else's deficit. As I said, anybody can run a deficit in a hospital; it is the easiest thing in the world to do. I am not saying that facetiously. It is a reality.

The difficulty in running a hospital is providing the required services within the budget, within the dollars available. So that is a barrier that we had to overcome with the ministry of health in the funding, that our savings with amalgamation or with efficiencies in the system could either be used to decrease waiting lists or left to start new programs. We started a new endoscopy program, an endoscopy suite, out of the savings of amalgamation. We added some beds at one of our

[Traduction]

On a annulé des opérations, avant que les patients n'arrivent à l'hôpital ou même après qu'ils étaient sur les lieux. Attente trop longue à l'hôpital même avant l'opération; soins prolongés à l'hôpital trop longtemps après l'opération; inefficacité de nos laboratoires et, donc, retard à obtenir les résultats. Il y avait énormément des barrières à l'efficacité du système. Nous avons commencé à étudier pourquoi et à essayer de trouver des solutions.

Voilà comment le système peut mieux fonctionner. C'est comme une horloge. Si le mécanisme est faussé quelque part, vous n'avez plus l'heure juste. Le système de santé fonctionne ainsi.

M. Pagtakhan: Ça c'était l'ancien. Ensuite, avec le système amélioré qui a suivi le regroupement, vous avez résolu tous les problèmes ou presque.

M. Fyke: Nous en avons résolu beaucoup. Nous n'avons pas encore réglé tous les problèmes; il en reste encore quelques-uns.

M. Pagtakhan: Avez-vous identifié des problèmes qui soient propres au nouveau système?

M. Fyke: Oui. Un des plus gros problèmes que nous ayons est celui de la communication au sein même du système.

Notre organisation compte 1,900 lits, 5,500 employés, 650 médecins et 17 syndicats. C'est un problème que de communiquer avec tous les médecins. Et lorsque vous regroupez autant d'hôpitaux, cela vous donne un énorme personnel médical. Bien entendu, il y a beaucoup de médecins à Victoria parce qu'il n'y a pas de neige. À cause de leur nombre, nous avons beaucoup de mal à communiquer avec eux pour expliquer ce que nous essayons de faire.

D'un autre côté, le ministère a fait preuve de collaboration en nous garantissant que toutes les économies que nous ferions seraient utilisées dans la collectivité. On ne peut pas avoir un régime de financement selon lequel un hôpital se tirant très bien d'affaires et ayant un surplus de 3 millions de dollars devrait le remettre au gouvernement pour un autre hôpital en déficit de 3 millions de dollars. Cela serait trop décourageant, on n'est guère incité à travailler très fort si c'est pour aider un autre hôpital à diminuer son déficit. Comme je l'ai déjà dit, ce n'est pas du tout compliqué d'avoir un déficit dans un hôpital. Je ne cherche pas à faire des plaisanteries. C'est la réalité.

Ce qui est difficile, par contre, dans la gestion d'un hôpital, c'est d'offrir les services nécessaires, tout en respectant le budget. Il a donc fallu convaincre le ministère de la Santé que toutes les économies qu'on ferait en fusionnant certains services ou en rendant le régime plus efficace seraient utilisées pour diminuer la longueur des attentes ou pour lancer de nouveaux programmes. Grâce aux économies réalisées à cause du fusionnement, nous avons créé un nouveau service

[Text]

hospitals as a result to increase the through-put, and so we were able to shift resources around.

Mr. Pagtakhan: Speaking of budgets, have you compared the budgeting system province to province across the country in terms of it being a global budget for both the hospital budget, where most of them are in-hospital care, and the community home care services budget? Would you have a recommendation to the committee that perhaps it ought to be a global budget under one sort of administration, or ministry perhaps, so that then there will be no competition between two competing ministers in the government?

Mr. Fyke: It can be in it, but you do not have to receive all your funding from one ministry if you are working co-operatively in the community. If the government will give you the flexibility of moving resources to where they are required, it does not really matter from which ministry the dollars come, as long as you have the understanding with the provincial funding agency that those dollars can be moved, as we have done when we proposed that we close 60 beds and turn those funds over to the community. Our legal obligation is to treat patients with those dollars, not to turn them over to some third party to provide home care.

Mr. Pagtakhan: I realize that.

Mr. Fyke: All we are doing is turning it back to the government and asking them to give it to the community. So the cheque just goes that way, so they get the money. But you need that flexibility.

Mr. Pagtakhan: One short item in terms of health care staffing. You mentioned the shortage of registered nurses and PNs. I have spoken to a group of LPNs, and they provide excellent service at no more cost. Has that been addressed in your system, and do you have any thoughts on that?

Mr. Fyke: I do not, really. I suppose views in the eyes of the LPN may be different from those through the eyes of a registered nurse as to what some are appropriate to do and what some are not, or whether they can provide equal service to somebody else for less expense. So you have to look at whether it is a territorial issue as well, or whether that is in fact true.

By law, the registered nurse legally can provide more services, do more clinical procedures, than a licensed practical nurse. Whether it should change or not... I have opinions, but I do not wish to share them here because I do not think—

Mr. Pagtakhan: You are not ready. We would like to hear them.

[Translation]

d'endoscopie. À l'un de nos hôpitaux, nous avons pu augmenter le nombre de lits, ce qui nous permet de donner des soins à plus de malades. Grâce à nos économies, nous avons pu avoir une certaine latitude dans l'utilisation de nos ressources financières.

M. Pagtakhan: Avez-vous comparé les systèmes budgétaires en vigueur dans les différentes provinces pour savoir s'il y a d'habitude un unique budget consacré à la fois aux hôpitaux, auxquels on affecte la plupart des crédits, et aux soins à domicile? Est-ce que vous recommandez qu'il y ait un budget global relevant d'un seul organisme, ou peut-être d'un ministère, pour qu'il n'y ait pas de concurrence entre deux ministres?

M. Fyke: C'est une possibilité, mais il n'est pas nécessaire de recevoir tout le financement d'un seul ministère si l'on travaille en collaboration avec différents groupes communautaires. Si le gouvernement vous donne la possibilité de déplacer les ressources là où elles sont nécessaires, le ministère d'où provient le financement a peu d'importance. Cependant, il faut que l'organisme provincial de financement vous autorise à utiliser les fonds à d'autres fins, comme nous l'avons fait lorsque nous avons proposé d'éliminer 60 lits et de donner les fonds dégagés à la collectivité. Nous sommes légalement tenus de nous servir du financement pour offrir des soins aux malades. Nous ne sommes pas censés les donner à une tierce partie pour offrir des soins à domicile.

M. Pagtakhan: Je le sais.

M. Fyke: Nous redonnons les fonds au gouvernement en lui demandant de les transmettre à la collectivité. Nous procédons de cette façon pour que la collectivité touche l'argent. Mais cela suppose une certaine souplesse de la part du gouvernement.

M. Pagtakhan: Une petite question au sujet du personnel des soins de santé. Vous avez parlé de la pénurie d'infirmiers et d'infirmières autorisés et auxiliaires. J'ai parlé à un groupe d'infirmiers et d'infirmières auxiliaires et je sais qu'ils donnent un service excellent pour le même prix. Avez-vous pensé utilisé les services des infirmiers et des infirmières auxiliaires dans votre système?

M. Fyke: Non, pas vraiment. Je suppose que les deux groupes auraient de la difficulté à s'entendre sur les services qu'ils peuvent respectivement offrir et sur la capacité des infirmiers et des infirmières auxiliaires d'offrir un service égal à un prix inférieur. Il faudrait savoir si les deux groupes essaient de protéger leur territoire ou si leurs réactions se justifient.

Selon la loi, les infirmiers et les infirmières autorisés peuvent fournir plus de services, faire plus d'interventions cliniques que les infirmiers et les infirmières auxiliaires. Faudrait-il changer cela? J'ai mon opinion à ce sujet, mais je préfère ne pas en parler ici, car à mon avis...

M. Pagtakhan: Vous n'êtes pas prêt à vous prononcer. Nous aimerions cependant connaître votre opinion.

[Texte]

Mr. Fyke: I would like to study them a little longer before I share them.

• 1120

Mr. Karpoff: In B.C. there has been a problem about the concentration of physicians in the lower mainland and Victoria. You mentioned that. The government tried one way of dealing with it. In my very unstudied opinion, when I went to a new physician in the community, when I first started out with him—he had a new practice—he seemed to have me come back a lot more than once his practice built up. I am wondering how you deal with this question. If you have an ability for a physician to establish himself within a market, they have to generate enough income. How do you control the physician's utilization of services?

Mr. Fyke: I know there is quite a debate on how physicians can generate their income, but I do not wish to comment on how they can generate their income in their offices. I have no jurisdiction over those areas. The provincial government would have to deal with that.

Within the hospital there is also a feeling of more physicians, more demand on the hospital. That probably was true in the past. But if you establish a utilization management program that defines criteria for admission, it does not really matter how many physicians you have on the staff of your hospital if patients are admitted according to patient need.

Mr. Karpoff: But who defines patient need?

Mr. Fyke: Patient need is defined in our utilization management program, in which we sit down with our medical staff and establish criteria for admission for all these procedures. Then if you are the doctor and you bring a patient in at night and that patient is reviewed the next morning by our nurse reviewer and she finds there are several facts where that patient, for the diagnosis, does not meet the predetermined need, she is on to you by 9 a.m., asking what your plan is for treating this patient, why this patient is in the hospital, and why this patient is not in a home care program. You come up with answers, and if you do not wish to discuss them with the nurse you will then discuss them with the chief of your service, a physician, within a very few minutes, because we will be asking you why you brought that patient in there.

If you can defend that, fine. But you will be asked that. And the next time, if that patient could go on a home care program rather than come into hospital, you will likely be inclined to check it out.

Mr. Wilbee: That was one of the questions I was going to ask you.

Another question I would have about the criteria, or how you compare your scheme, is this. Has any study been going on to compare relative costs and the effectiveness of Victoria with, say, an area like Kelowna,

[Traduction]

M. Fyke: J'aimerais réfléchir à la question davantage avant de vous en parler.

M. Karpoff: En Colombie-Britannique les médecins sont trop concentrés dans le sud de la partie continentale et à Victoria. Personnellement, quand je suis allé voir un médecin récemment installé dans la communauté, j'ai eu l'impression qu'il me faisait revenir beaucoup plus souvent au début, quand sa clientèle était encore peu développée, que par la suite, sa clientèle étant mieux établie. Que pouvez-vous faire contre ce genre de chose? Pour s'établir dans une région donnée, un médecin doit avoir suffisamment de revenus. Mais comment pouvez-vous contrôler les services que le médecin décide de dispenser?

M. Fyke: Je sais que les méthodes utilisées par les médecins pour s'assurer un revenu font l'objet d'une controverse, mais c'est un aspect que je ne tiens pas à commenter. Cela ne relève pas de mes attributions. C'est au gouvernement provincial de s'occuper de cet aspect-là.

Dans les hôpitaux, on a également l'impression que plus il y a de médecins, plus les hôpitaux sont surchargés. C'était probablement vrai par le passé, mais avec un programme de gestion de l'utilisation et des critères d'admission bien définis, peu importe le nombre des médecins attachés à un hôpital, il suffit d'admettre les patients selon leurs besoins.

M. Karpoff: Mais qui définit les besoins des patients?

M. Fyke: Ils sont définis dans notre programme de gestion de l'utilisation; dans le cadre de ce programme, nous consultons notre personnel médical pour arrêter des critères d'admission pour toutes les procédures. Donc, supposons que vous soyez médecin et que vous fassiez admettre un patient en pleine nuit. Le lendemain matin l'infirmière responsable s'aperçoit qu'aux fins du diagnostic le cas de ce patient ne se conforme pas aux critères prédéterminés. Dès 9h00 du matin, elle vous demande comment vous avez l'intention de traiter ce patient et pourquoi il a été hospitalisé et non inscrit à un programme de soins de santé à domicile. Vous devez alors lui répondre et si vous ne tenez pas à en parler avec l'infirmière, vous devez en parler avec le chef de votre service, un médecin, dans les plus brefs délais, car, à son tour, il va vous demander pourquoi vous avez fait admettre ce patient.

Si vous pouvez vous justifier, c'est parfait. Mais on va vous poser la question. Et la prochaine fois, si un patient pourrait profiter d'un programme de santé à domicile au lieu d'être hospitalisé, il est probable que vous ne manquerez pas de vérifier.

M. Wilbee: C'est une des questions que j'allais vous poser.

Autre chose à propos des critères ou des éléments de comparaison; est-ce qu'on a essayé de faire une comparaison, du point de vue des coûts relatifs et de l'efficacité du système entre Victoria et, par exemple, une

[Text]

which is becoming a referral centre as Victoria is, with a retired population?

Mr. Fyke: The only gross, broad criteria we monitor very carefully are that in accordance with the funding of the ministry of health in British Columbia the hospitals are grouped according to size and function. We are put in with the Vancouver General and St. Paul's. There are the three of us in that class. We monitor very closely our... It is not easy to monitor your effectiveness. We monitor our efficiency relative to staffing ratios, patient care, weighted patient days, and all those kinds of things. We compare very favourably.

Mr. Wilbee: One of the problems, of course, is always determining... you can become so enamoured with cost effectiveness that you forget the care of the patient. Who are your critics? How do you get along with the medical association, and who would be your major critics of what is happening?

Mr. Fyke: A lot of physicians on our medical staff. I have not been nominated as man of the year yet, but I am pleased with the kind of support I have had from our medical staff. There are those who believe we are too bottom-line oriented, and that is something one has to be careful of. I think I have demonstrated that what I am interested in is appropriateness, which combines effectiveness and efficiency.

• 1125

I strongly believe that we can do better and am constantly trying to strive. I hope I have demonstrated to the medical staff that I do place high expectations on the medical staff appropriately utilizing our resources. But I also place equal emphasis on managing the hospital in an efficient way and I hope that I have demonstrated that, but I clearly have critics.

There is no—I would be certainly less than honest if I said that what we have done in the last four years is wildly endorsed by 100% of the people in the hospital.

We also have to be careful with our staff that they feel that they are being overworked. What I am trying to do is that we work—all of us—that we develop a better system, not necessarily that we have to work harder but that we develop a better system.

I think the surgeons are pleased with the way it has operated because the waiting times are really quite reasonable. Every once in while one or two hip replacements may get a little long and then, when we get that down, something else might pop up.

But generally our waiting times have certainly decreased in the five years. Our through-put in the operating room has decreased. The number of hours of productive time in the operating room has increased so that, you know, there is—I guess we are trying to run a

[Translation]

région comme Kelowna, qui devient de plus en plus un centre, tout comme Victoria, à cause de sa population de retraités?

M. Fyke: Les seuls critères d'ordre général que nous suivions de près tiennent au fait que conformément aux dispositions de financement du ministère de la Santé de Colombie-Britannique, les hôpitaux sont classés par taille et par fonction. Nous relevons du Vancouver général et de St-Paul. Dans cette catégorie, nous sommes trois. Nous suivons de très près nos... Il n'est pas facile de juger de notre efficacité. Nous essayons de contrôler notre efficacité en nous fondant sur les effectifs, les soins aux patients, les journées d'hôpitaux pondérées et toutes sortes de choses du même genre. La comparaison est tout à fait en notre faveur.

M. Wilbee: Un des problèmes, bien sûr, c'est toujours de déterminer... Il faut éviter à tout prix de se laisser obnubiler par la rentabilité et d'en oublier les patients. Qui sont vos critiques? Comment vous entendez-vous avec l'Association des médecins, et qui sont les gens qui sont le mieux à même de critiquer votre situation?

M. Fyke: Beaucoup de médecins qui font partie de notre personnel. Je n'ai pas encore été élu l'homme de l'année, mais le soutien de notre personnel médical me semble très encourageant. Certains pensent que nous nous intéressons trop à notre bilan, et c'est vrai qu'il faut toujours y prendre garde. Je crois avoir prouvé que je cherchais avant tout à atteindre un équilibre, à combiner efficacité et rentabilité.

Cela dit, je suis convaincu que nous pouvons faire mieux, et je m'y efforce en permanence. J'espère avoir fait comprendre au personnel médical à quel point il était important d'utiliser nos ressources à bon escient. Mais j'insiste également sur l'administration efficace de l'hôpital et j'espère l'avoir prouvé. Cela dit, je sais que certains me critiquent.

Je manquerais d'honnêteté si je disais que tout ce que nous avons accompli depuis quatre ans est approuvé avec enthousiasme par la totalité des gens qui travaillent à l'hôpital.

Il faut éviter également que notre personnel ait l'impression d'être surchargé de travail. Je veux donc que tous ensemble nous essayions de mettre sur pied un meilleur système, pas forcément de travailler plus fort, mais certainement d'améliorer le système.

Les chirurgiens sont satisfaits des résultats, car les périodes d'attente sont devenues très raisonnables. Il peut arriver qu'une ou deux opérations de la hanche tardent quelque peu et que une fois cela réglé, quelque chose d'autre survienne.

Mais de façon générale, les périodes d'attente pour la chirurgie ont diminué depuis cinq ans. Les temps morts dans les salles de chirurgie ont diminué, et les heures productives ont augmenté. Nous essayons d'être très stricts et d'assurer les services qui sont nécessaires dans les

[Texte]

very tight operation and trying to provide the services required, and trying to do it the best we can, but certainly there are critics.

Ms Phinney (Hamilton Mountain): I have a short question here on the doctors. I like to see the emphasis towards wellness.

I have had a lot to do with doctors in my life and I have met very few doctors who, at any appointment in their office if you went to see them, would sort of even think that your illness had anything to do with lifestyle, that it had anything to do with the environment, that it had anything to do with nutrition, or who knew anything about nutrition or would think to tell you to eat something else, or who might think that probably 80% of our illness has to do with stress. These are all things that you are going towards, but I wonder what kind of reception you are getting from doctors. Are they simply still being in a position of diagnosing and handing out the pills, or are they changing their whole philosophy?

In the medical schools are they changing the emphasis so that the doctors are prepared to approach medicine from another point of view—from the wellness rather than the illness?

Mr. Fyke: I believe it is changing. I would like to see it change at a greater rate, but the fact that it is changing, I think, is very positive.

We have established two wellness clinics in the community through our Victoria health project. These are walk-in wellness clinics primarily directed to the elderly. They can come in and get information on nutrition, information on a number of things as to how they can maintain a better fitness level and wellness.

The clinics were just established in the last year. To date they have not been evaluated but certainly the demand is there. At least the people are coming in and asking those questions.

In the physicians' offices, I think the matter of lifestyle is becoming much more emphasized than it was ten years ago.

As I say, I would like to see it moving much faster. But I would also, in fairness to physicians, like to see the public realize—and I think this comes back to broad public education programs—that if you are going to lead a lifestyle of smoking all your life, not watching your nutrition and your diet, not exercising, then you have a problem with your heart and you have to have open-heart surgery. I hope the public starts realizing that maybe there are things that we can do to start doing things much earlier to prevent that heart attack.

I think there is much more in the literature today and in the newspapers and in the media, but I would certainly like to see that area turning much more dramatically than it is.

[Traduction]

meilleures conditions possibles, mais il y a toujours des gens qui critiquent.

Mme Phinney (Hamilton Mountain): Une question à l'intention des médecins. J'aime qu'on s'intéresse à la bonne santé en priorité.

Dans ma vie, j'ai rencontré beaucoup de médecins, mais très peu qui se demandaient si une maladie n'était pas le résultat d'un certain mode de vie, ou encore si elle n'était pas provoquée par l'environnement, par une carence nutritive, etc. J'en ai rencontré très peu qui s'y connaissaient le moins en nutrition ou qui conseillaient aux gens de changer de régime alimentaire, très peu aussi qui auraient reconnu que 80 p. 100 de nos maladies sont probablement attribuables au stress. Ce sont des tendances qui émergent de plus en plus, mais j'aimerais savoir comment elles sont reçues par les médecins. Est-ce que dans l'ensemble ils continuent à faire un diagnostic et à distribuer des pilules ou bien est-ce qu'ils commencent à changer d'optique?

Dans les écoles de médecine, est-ce qu'on commence à préparer les médecins à aborder la médecine d'un autre point de vue, en mettant l'accent sur la bonne santé plus que sur la maladie?

M. Fyke: À mon avis, les choses évoluent. J'aimerais que cela aille plus vite, mais il est vrai que cela évolue, et cela me semble très positif.

Nous avons créé deux cliniques de bonne santé dans le cadre de notre programme de santé pour Victoria. Ces cliniques de bonne santé sont destinées surtout aux personnes âgées qui peuvent s'y rendre quand elles le désirent. Ces personnes peuvent venir, on leur donne des informations sur la nutrition et sur un certain nombre de choses qu'elles peuvent faire pour être en meilleure forme et en meilleure santé.

Ces cliniques ont été mises sur pied l'année dernière, et, jusqu'à présent, on ne les a pas évaluées, mais il est certain que la demande existe. En tout cas, tous les jours des gens viennent poser des questions de ce genre.

Dans les bureaux des médecins, on commence à insister beaucoup plus qu'il y a 10 ans sur le mode de vie.

Comme je vous l'ai dit, j'aimerais que les choses aillent plus vite, mais en toute justice envers les médecins, j'aimerais également que le public se rende compte—cela nous ramène au programme d'éducation du public—que les gens qui insistent pour fumer toute leur vie et manger n'importe quoi sans jamais faire d'exercice finiront probablement par avoir des problèmes cardiaques et par avoir besoin d'une opération à cœur ouvert. J'espère que le public va commencer à se rendre compte qu'il faut s'y prendre bien plus tôt pour éviter une crise cardiaque.

Aujourd'hui, la documentation disponible est beaucoup plus importante, on en parle plus dans les journaux et dans les médias, mais j'aimerais qu'on fasse encore beaucoup plus.

[Text]

Ms Phinney: Under the system you have, are you using any kind of computer services whereby you are able to check on a patient who gets five different kinds of drugs from five different doctors, or from the same doctor? Are you—

Mr. Fyke: We do not have it yet, but we are discussing a way that we can do that. We are very concerned particularly with the elderly coming into the hospital through the emergency department with a handful of drugs, or maybe half of a handful of drugs, and you do not know what they are taking at home. Maybe they hit the O.R., and it is very critical for the anaesthetist to know what drugs this patient is on. Then when they are discharged...

• 1130

We have actually had cases where the physician will write a prescription for a drug under a different name from what they were taking prior to coming in, and they go home and take the little green one the doctor just gave them today and the little white one he gave them a month or three months ago, and they are the same thing. So they are getting double the dosage. We would like to tie in to the computer of the provincial government where, when you come into the hospital, we can get an actual record of all the drugs purchased and everything you are on. Then we could do counselling and try to eliminate.

I personally believe we over-prescribe drugs, particularly for our elderly, and then they may end up, as I would, being not fully aware and then fall and break their hips or something like that. So I think we have a lot to do in that area, but it is certainly something the medical profession is very concerned about.

Mr. Pagtakhan: It is alleged that some physicians do test unnecessarily for fear of a malpractice suit in the future. I have always believed this is a myth because I have not seen any studies. Now, in your institution, have you looked into this issue and have you identified that this is a fact? Do you have any thoughts on this question?

Mr. Fyke: There has certainly been evidence that there are times of what we believe are inappropriate utilization of laboratory tests. I am not sure if that is as a result of a medical-legal fear. I do not believe that fear needs to be as great in Canada as it is in the United States, for example. But I know that what you need there is a director of laboratory medicine who is very innovative and very watchful and carries on an educational program with his medical colleagues on what appropriate tests are desirable under certain circumstances. It is very easy—I think my paper makes a remark about it—to over-emphasize the benefit and under-emphasize the cost when you are groping for what the diagnosis is for a particular illness.

[Translation]

Mme Phinney: Est-ce que votre système vous permet, grâce à l'informatique, de vous assurer qu'un patient ne se fait pas prescrire cinq médicaments différents par cinq médecins différents ou même par le même médecin? Est-ce que vous...

M. Fyke: Pas encore, mais nous sommes en train d'en discuter. Le cas des personnes âgées qui sont admises à l'urgence de l'hôpital avec une poignée de médicaments nous préoccupe particulièrement, d'autant plus que nous ne savons pas quels sont les médicaments qu'elles prennent chez elles. S'il faut les opérer, par exemple, l'anesthésiste doit absolument savoir quels médicaments le patient prend. Ensuite, quand il quitte l'hôpital...

Il est arrivé qu'un médecin rédige une ordonnance en indiquant un nom différent pour un médicament que le patient prenait déjà avant d'arriver à l'hôpital; il est rentré à la maison et a commencé à prendre la petite pilule verte que le médecin venait de lui prescrire, mais également la petite pilule blanche qu'il lui avait prescrite il y a un mois ou il y a trois mois, mais qui était exactement la même chose. Un double dose. Nous aimerions bien être reliés à l'ordinateur du gouvernement provincial, ce qui nous donnerait accès aux dossiers de tous les médicaments achetés par un patient qui se fait admettre à l'hôpital. Cela nous permettrait de donner des indications aux patients et d'essayer d'éliminer une partie de ces médicaments.

Personnellement, je suis convaincu que nous en prescrivons trop de toute façon, en particulier aux personnes âgées, et que parfois, leur faculté étant amoindries, il leur arrive de tomber et de se fracturer la hanche, par exemple. Il y a donc beaucoup à faire dans ce domaine, et pour la profession, c'est certainement un sujet de préoccupation.

M. Pagtakhan: On prétend que certains médecins ordonnent des tests inutiles pour éviter d'éventuelles poursuites judiciaires. Personnellement, n'ayant jamais vu d'études à ce sujet, j'ai toujours pensé que c'était un mythe. De votre côté, dans votre établissement, est-ce que vous avez étudié ce problème, est-ce que vous avez pu confirmer cela? Qu'en pensez-vous?

M. Fyke: Il est certain, et il nous arrive de le constater, que les tests de laboratoire ne sont pas toujours utilisés comme ils le devraient. Je ne sais pas si c'est par crainte de poursuites juridiques. À mon avis, cette crainte est beaucoup moins grande au Canada qu'aux États-Unis, par exemple. Mais je sais qu'il est important tout de même d'avoir un directeur de laboratoire doué d'un sens de l'innovation, un directeur très attentif et toujours prêt à éduquer ses collègues sur les tests appropriés dans des circonstances données. En effet, et j'en parle dans mon document, il est très facile d'exagérer les avantages de ces tests et d'en oublier les coûts quand on cherche désespérément un diagnostic.

[Texte]

The Chairman: Thank you very much, Mr. Fyke. It think it is evident by the number of questions and the interest shown here how much the committee has appreciated your appearance today. It is probably appropriate as well to have you here early on in the study we are undertaking. As we get into it and as time goes on, members of the committee may wish to contact you in relation to some of the issues you have raised, so I hope you do not mind that.

I am not apologizing, but I think you have to realize that members of the committee have other commitments, and we normally do not run past 11 a.m. because of some of those commitments. That is why some of our members have left.

We thank you again for appearing, and I do hope you enjoy your walk in the snow. Previously others in Ottawa have taken that journey and have made some rather dramatic decisions following it, so I hope this bodes well for you and the future of the Greater Victoria Hospital Society. On behalf of the committee, I do extend to you our sincere thanks for appearing today.

At this time, I declare the meeting adjourned.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup, monsieur Fyke. Le nombre des questions qu'on vous a posées, l'intérêt que vous avez suscité prouve suffisamment que votre intervention a été appréciée. D'autre part, c'était probablement une bonne idée de vous recevoir au tout début de l'étude que nous entreprenons. Dans la suite de nos travaux, il est possible que certains d'entre nous vous contactent pour revenir avec vous sur certaines questions que vous avez soulevées; j'espère que vous n'y verrez pas d'inconvénients.

Je ne vous présente pas d'excuses, mais je tiens à vous dire que certains d'entre nous ont d'autres engagements, qui, le plus souvent, nous empêchent de siéger au-delà de 11h00. Certains ont quitté la salle pour cette raison.

Je vous remercie encore une fois et je vous souhaite une bonne promenade dans la neige. D'autres ont fait cette promenade avant vous, et elle leur a inspiré des décisions assez retentissantes. J'espère que pour vous ce sera un bon signe, que cela augure bien également de l'avenir de votre organisme, le *Greater Victoria Hospital Society*. Au nom des membres du Comité, je vous remercie sincèrement d'être venu aujourd'hui.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESS

From the Greater Victoria Hospital Society:

Kenneth J. Fyke, President and Chief Executive Officer.

TÉMOIN

Du Greater Victoria Hospital Society:

Kenneth J. Fyke, président et directeur général.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 14

Tuesday, January 30, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 14

Le mardi 30 janvier 1990

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of
the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude
du régime de soins de santé au Canada et de son
financement

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, JANUARY 30, 1990

(20)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:24 o'clock a.m. this day, in Room 371, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White and Stan Wilbee.

Acting Members present: Joe Fontana for Paul Martin; Mac Harb for Albina Guarnieri; Jim Karpoff for Joy Langan; Allan Koury for Nicole Roy-Arcelin.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witness: From the Department of National Health and Welfare: E. Michael Murphy, Secretary, Review of Demography and its Implications for Economic and Social Policy.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

E. Michael Murphy made a statement and answered questions.

At 10:32 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 10:40 o'clock a.m., the Committee resumed *in camera* to consider future business.

At 10:57 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 30 JANVIER 1990

(20)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 24, dans la pièce 371 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White et Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Joe Fontana remplace Paul Martin; Mac Harb remplace Albina Guarnieri; Jim Karpoff remplace Joy Langan; Allan Koury remplace Nicole Roy-Arcelin.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoin: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: E. Michael Murphy, secrétaire, Etude de l'évolution démographique et de son incidence sur la politique économique et sociale.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

E. Michael Murphy fait un exposé et répond aux questions.

à 10 h 32, la séance est suspendue.

à 10 h 40, le Comité délibère à huis clos de ses travaux futurs.

À 10 h 57, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Tuesday, January 30, 1990

• 0923

The Chairman: I call the meeting to order, please.

We have a quorum pursuant to Standing Order 108. The committee continues its consideration of the health care system in Canada and its funding.

We are pleased once again to welcome Dr. Michael Murphy, Secretary, Review of Demography and its Implications for Economic and Social Policy; and Krystyna Rudko, the Director of External Relations. We will be having an opening statement followed by questions, and I am sure those of you who attended when Mr. Murphy was here before will have had an opportunity in most cases to look over the most interesting material that was presented at that time.

Our changing demographic structure in Canada has some obvious implications for all of us, particularly those involved in avenues such as health care, so it was with a great deal of interest, Mr. Murphy, that we listened to your report. You indicated to me this morning that you have travelled somewhat across Canada and have held similar briefings for various groups throughout the country. We would be interested in knowing what has taken place since then, perhaps some of the reaction, and where you see events taking us. To the members, I am sure as a result of the last visit you had here there will also be some questions. I think we have agreed and you have indicated you would be willing to appear before the committee from time to time to bring us up to date and keep us apprised of what is happening.

• 0925

We do appreciate both of you coming this morning and we look forward to hearing you again.

Mr. Murphy, we would like to call on you for your presentation at this time.

Mr. E. Michael Murphy (Secretary, Review of Demography and Its Implications for Economic and Social Policy, Department of National Health and Welfare): Mr. Chairman, I thank you for inviting me back. As I said, we would be glad to come back any time it would be useful to the committee.

It is certainly true that since we gave that presentation and Mr. Beatty tabled that report here we have been travelling around the country trying to bring it to the attention of Canadians. In fact, we had been travelling around before that. Since last March Krys and I have

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mardi 30 janvier 1990

Le président: Je déclare la séance ouverte étant donné qu'il y a quorum.

Conformément à l'article 108 du Règlement, le Comité poursuit son étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Nous avons de nouveau le plaisir d'accueillir M. Michael Murphy, secrétaire, chargé de l'étude de l'évolution démographique et de son incidence sur la politique économique et sociale, ainsi que M^{me} Krystyna Rudko, directrice des Relations extérieures. Vous allons d'abord entendre votre exposé liminaire, puis nous passerons aux questions. Ceux qui ont déjà entendu M. Murphy auparavant auront sans aucun doute eu le loisir de prendre connaissance du rapport qu'il nous avait présenté à cette occasion.

L'évolution démographique au Canada a des incidences évidentes sur nous tous, notamment pour les responsables des soins de santé. La présentation de votre rapport nous a donc vivement intéressé: vous avez tenu des séances d'information similaires à l'intention de groupes divers un peu partout au Canada. Que s'est-il passé depuis? Quelles ont été les réactions? Que nous réserve l'avenir? Je suis persuadé que les députés voudront également vous poser des questions à la suite de votre dernière visite. Vous avez accepté de comparaître de temps à autre devant le Comité afin de nous tenir au fait de tout nouveau changement.

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté notre invitation ce matin et nous espérons avoir l'occasion de vous accueillir de nouveau.

Je vous cède la parole pour votre exposé, monsieur Murphy.

M. E. Michael Murphy (secrétaire, Étude de l'évolution démographique et son incidence sur la politique économique et sociale, ministère de la Santé et du Bien-être social): Je vous remercie de votre invitation, monsieur le président. Comme je l'ai déjà indiqué, c'est avec plaisir que nous nous présenterons devant le Comité à votre demande.

Depuis notre dernier exposé devant le Comité, M. Beatty a déposé le Rapport de l'étude démographique et nous avons parcouru le pays pour le présenter à tous les Canadiens. En fait, nous avons commencé à parcourir le pays bien avant le dépôt de ce rapport. Depuis mars

[Texte]

given some 145 presentations of essentially the slide show you saw here, trying to interest Canadians in these issues, but of course it has been a little more intense since the report itself was on the table. We have received 700 requests for copies by telephone and we have distributed almost 15,000 of those reports. We certainly have had a wide range of reaction.

As I said earlier, we did start off on a national press tour right after. The evening we presented the report here we left for Montreal. We spent the day in Montreal, then Toronto, Vancouver, and Halifax, talking about the report.

In general I think the reaction has been the sort of reaction we were hoping to get. As you know, this is not a specific report. It does not talk about specific programs. It does not talk about specific policy issues and there are no policy recommendations in it. What it does do is try to set the broad demographic perspective, the broad changes Canada will be facing over the years.

Canadians seem actually to have accepted this approach quite well, that this is important information and they should consider it and use it in their planning. At all the press conferences and meetings we have never had people ask us, what is the government going to do immediately about this, what are the immediate policy implications of this? This idea that there are significant changes coming but there is at least some time to deal with them has been generally accepted by the people we have talked to.

If there was any danger with it, I would think it is a little too much optimism. One of the reasons we have put a positive tilt on this is that so much of this demographic discussion before we got into this work was very negative. It would almost give you the idea there was an insoluble crisis, that the situation is hopeless. As we kept saying, if the situation is hopeless there is no need to plan, you can just let the ship sink. So we have been trying to show that there is a good deal of hope. Canada is not going down. Canada is going up. On the other hand, there are some significant changes taking place, we have some time to plan for them, and we should be planning for them.

Unfortunately that can go a little too far. During one of the radio interviews... you hear the run-in as you are doing this, and the announcer said, Minister Beatty has said to Canadians, do not worry, be happy; which was not quite the idea we were trying to get across. I tried to tell them the idea was we could be happy if we planned for the future that is facing us.

However, there is the question of what we are going to do now. One of the things that have happened is that our view of this issue has somewhat changed over the three years we have been doing this. When we started out,

[Traduction]

dernier, Krys et moi-même avons donné quelque 145 présentations audiovisuelles semblables à celle qui vous a été faite. Nous essayons d'intéresser les Canadiens à ces questions. Depuis que le rapport a été rendu public, nos activités se sont intensifiées. Nous avons reçu 700 appels nous demandant un exemplaire du rapport en plus des 15 000 exemplaires distribués. Les réactions à ce rapport ont été variées.

Comme je l'ai dit précédemment, nous avons entrepris une tournée de la presse nationale immédiatement après son dépôt. Après avoir présenté le rapport à Ottawa en soirée, nous nous sommes dirigés vers Montréal. Nous avons passé une journée à Montréal, puis nous avons poursuivi notre tournée à Toronto, Vancouver et Halifax.

De façon générale, nous avons obtenu le genre de réaction à laquelle nous nous attendions. Comme vous le savez, ce rapport n'a pas une portée limitée. Il ne passe pas en revue des politiques ou des programmes précis et il ne contient aucune recommandation. Ce rapport présente plutôt les grandes questions démographiques, les grands changements qui attendent le Canada au fil des ans.

Les Canadiens semblent avoir très bien accepté cette démarche. Il s'agit de données importantes qu'ils devraient incorporer à leurs travaux de planification. Lors de nos conférences de presse ou des réunions d'information, personne ne nous a jamais demandé ce que le gouvernement entendait faire à ce sujet à court terme ou encore quelles en seraient les conséquences immédiates sur le plan de l'action? Les gens que nous avons rencontrés comprennent bien que des changements nous attendent mais que nous disposons tout de même d'un certain temps pour nous préparer à faire face à la situation.

Si danger il y a, c'est sans doute celui d'un trop grand optimisme. Nous avons envisagé les problèmes démographiques sous un angle positif, car, auparavant, la perception de ces problèmes était très négative. On avait presque l'impression d'être en face d'une crise insurmontable. Comme nous l'avons souvent dit, si la situation est insurmontable, toute planification devient inutile, il suffit simplement d'attendre que le bateau coule. Nous avons essayé de montrer qu'il y a de l'espoir. Le Canada ne s'en va pas à la dérive, au contraire la situation s'améliore. D'autre part, des changements importants sont en train d'intervenir, et nous disposons d'un certain temps pour nous préparer, ce que nous devrions faire.

Malheureusement, il est possible d'aller trop loin. Lors d'une entrevue à la radio, l'annonceur a indiqué que le ministre Beatty avait dit à tous les Canadiens de ne pas s'inquiéter, que tout allait bien. Il ne s'agissait pas tout à fait du message que nous voulions transmettre. J'ai essayé de leur faire comprendre que tout irait bien si nous planifions l'avenir qui nous attend.

Cependant, que faisons-nous dans l'immédiat? Notre point de vue sur cette question a quelque peu évolué au cours des trois années nécessaires à la préparation de cette étude. Au début, nous pensions qu'une crise

[Text]

originally there was the idea that an immediate demographic crisis required an immediate solution. Our research, our analyses, and our discussions have shown us there is not, as you remember from the presentation, an immediate demographic crisis, but some changes are taking place.

The idea that we could resolve the problem in three years, solve it, and go about our business misunderstood the question. Now the minister has asked us to stay on and to do another level of work in dealing with these major long-term changes that are happening in Canada.

• 0930

There is always the question of what the government or the departments are doing with this. I think the best example we have of using the immediate information is the Department of Employment and Immigration. As you know, Mrs. McDougall has conducted a series of cross-country consultations with a series of opinion leader forums on immigration levels. This report is part of the background document. Krystyna Rudko, my colleague here, is the first speaker after Mrs. McDougall on the podium on the program.

We hope this is what other departments will do. The Department of Health and Welfare will be taking it into their planning and making use of the state as they analyse the issues they face.

As I said, the minister has also announced that we will be publishing several of what we call "area papers". If you recall our slide show, we will be taking several of those slides and going deeper into some of those issues and with the same strategy, not of treating specific government programs at any level of government, but of bringing more information to bear on these issues.

One of the papers the minister has mentioned is one called *Options for an Older Society for an Older Canada*, which is very relevant to the issues you are dealing with. What we were thinking about doing here is not policy options, but just looking at the two sorts of evidence we have brought to bear on the question so far, namely, the economic analysis and what the models show, emphasizing the more positive, less frightening implications.

We will be looking at how the society is changing, the draws on the programs and the revenues, where there is room for manoeuvre on such things as the participation rate, etc., and how these can change the whole question of dependency. We will also be looking at the other thing the minister has often cited as a more positive reaction to this aging Canada.

As we have pointed out in our presentation, Canada is not alone in this aging process, nor is it first in line. Most of the western European countries are already almost as

[Translation]

démographique immédiate nécessitait une solution immédiate. Nos recherches, nos analyses et nos discussions nous ont indiqué qu'il n'existait pas de crise démographique immédiate, mais que certains changements étaient en train d'intervenir. Nous en avons d'ailleurs discuté lors de notre présentation précédente.

Cela aurait été mal comprendre le problème que de croire que nous pouvions le rétondre en trois ans et reprendre nos affaires là où nous les avions laissées. Le ministre nous a demandé de poursuivre notre travail et de nous attaquer à ces changements importants qui sont en train de survenir au Canada.

On se pose toujours la question de savoir ce que le gouvernement ou les ministères font à ce sujet. Le ministère de l'Emploi et de l'Immigration constitue probablement le meilleur exemple d'utilisation de l'information contenue dans le rapport. Comme vous le savez, M^{me} McDougall a tenu une série de consultations sur les niveaux d'immigration dans l'ensemble du Canada avec des groupes qui font l'opinion. Ma collègue, Krystyna Rudko, est la première intervenante immédiatement après M^{me} McDougall dans ces forums.

Nous espérons que d'autres ministères emboîteront le pas. Le ministère de la Santé et du Bien-être social incorporera ces données dans sa planification au cours de l'étude des grandes questions se posant au ministère.

Le ministre a également annoncé la publication de plusieurs «documents thématiques». Nous allons utiliser plusieurs diapositives dans notre présentation audiovisuelle comme point de départ pour approfondir certaines de ces questions. Notre approche sera la même, c'est-à-dire que nous ne traiterons pas de programmes gouvernementaux précis, mais nous produirons des données supplémentaires sur ces questions précises.

L'un des documents mentionnés par le ministre portera sur le problème du vieillissement de la population, qui touche directement les questions que vous étudiez. Nous ne nous attarderons pas aux politiques, nous allons étudier les deux catégories de données recueillies sur la question jusqu'à présent, c'est-à-dire les analyses économiques et les tendances qui se dégagent des modèles, en dégageant les aspects positifs.

Nous étudierons les changements qui surviennent dans la société, les contraintes que cela entraîne sur les programmes et les recettes, tout en essayant de déterminer s'il existe une marge de manoeuvre notamment avec le taux de participation. Nous étudierons également l'incidence de ces changements sur la question de la dépendance, nous allons également nous pencher sur un autre aspect du vieillissement de la population, que le ministre a souvent qualifié de réaction plus positive.

Comme nous l'avons indiqué dans notre exposé, le Canada n'est pas seul à se trouver aux prises avec le problème du vieillissement de la population, il n'est pas

[Texte]

old as Canada will be at its oldest, as it were. As I said, almost 70% of the population of Sweden is 65 years and over. One of the things we will be looking at is what these countries did, how they changed, how the attitudes of their societies and governments changed as the society became older, and what they did to maintain what they have obviously done with prosperity and their innovation as the society has changed.

We will have several of those papers. The one on the changing family is very much related to the change in age structure. Another one is on the impact of immigration. Also an issue that has emerged very strongly is the whole question of the interaction of population and the environment.

Those are our plans. The government, so far as I know, will be following the example of Mrs. McDougall and her Department of Employment and Immigration and using this as part of ongoing activities. As I said, as we carry this along, we would certainly be quite happy to work with your committee staff. Certainly we will appear here before the members at any time it would be helpful.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Murphy. As we move into our round of questioning, would you care to lead, Mr. Fontana?

Mr. Fontana (London East): I have had an opportunity to read the material in much more detail than the last presentation and I even had the opportunity to discuss this subject-matter with political science students at the University of Western Ontario. I might add that probably 35 or 50 of the requests must have come from them, because there was a great interest in trying to understand what kind of a country we will be in the next 10, 20, 30 or 40 years. All of the subject-matters, be it the environment, the economy or immigration, were all very much on their minds as to exactly what will happen to Canada from a number of vantage points.

It is interesting reading. It obviously has sparked an awful lot of interest, at least in my community in the university circles. Let me ask you this, because you try to extrapolate 10 years in trying to determine population trends. As we can all understand and know, trying to predict beyond a 10-year timeframe really becomes a guessing game and not really a scientific exercise. At least that is what I understand, because one can look at 10 years and with a great deal of certainty be able to project what may occur because nobody can understand exactly the kinds of social changes that very much impact. Say, for instance, that in the next two or three years all of a sudden it becomes fashionable to have kids again, over and above our 1.7 fertility rate. That could have some dramatic changes in the next 30 or 40 years, because you even have indicated that one of the things you can really change in terms of our aging population is not so much immigration but the fertility rate.

[Traduction]

non plus le premier. La plupart des pays d'Europe de l'Ouest comptent déjà une population aussi vieille que sera celle du Canada lorsqu'elle sera à son faite. Près de 70 p. 100 de la population de la Suède a plus de 65 ans. Nous nous attarderons sur les mesures prises par ces pays, la façon dont le changement s'est opéré, les changements d'attitude des sociétés et des gouvernements face au vieillissement de la population. Nous nous pencherons également sur les moyens pris afin de maintenir la prospérité et l'innovation au fur et à mesure que ces changements se produisaient.

Nous aurons plusieurs documents de ce genre. Le document portant sur l'évolution de la famille touche de très près les changements de la pyramide d'âge. Un autre document portera sur le rôle de l'immigration. La question de l'interaction entre la population et l'environnement a pris de plus en plus d'importance.

Voilà nos plans. Pour autant que je sache, le gouvernement suivra l'exemple de M^{me} McDougall et du ministère de l'Emploi et de l'Immigration, et intégrera ce rapport à ses activités régulières. Nous acceptons volontiers de travailler en collaboration avec le personnel du Comité. Nous sommes à l'entière disposition du Comité.

Le président: Je vous remercie, monsieur Murphy. Nous allons maintenant passer aux questions. Voudriez-vous commencer, monsieur Fontana?

M. Fontana (London-Est): J'ai lu attentivement vos documents et j'ai même eu l'occasion d'en discuter avec des étudiants en sciences politiques de l'Université Western en Ontario. Vous avez probablement reçu 35 ou 50 demandes d'exemplaire de votre rapport venant de ces étudiants. Ils se sont montrés très désireux de comprendre ce que sera le Canada dans 10 20 30 ou 40 ans. Ils ont soulevé toutes les grandes questions, qu'il s'agisse de l'environnement, de l'économie ou de l'immigration. Ils veulent savoir ce qui se produira au Canada dans tous ces domaines.

Ce rapport, très intéressant, a soulevé beaucoup d'intérêt, du moins dans les milieux universitaires de ma circonscription. Vous essayez d'établir une extrapolation pour les 10 prochaines années afin de déterminer les tendances démographiques. Comme nous le savons tous, au-delà de 10 ans les prévisions manquent de rigueur scientifique. Voilà ce que je crois comprendre. Il est possible, de prévoir assez exactement ce qui se produira sur une période de 10 ans; mais, personne ne peut véritablement connaître quels seront les changements sociaux importants. Il se peut, par exemple, qu'au cours des deux ou trois prochaines années il soit de bon ton d'avoir plus d'enfants, il se peut que le taux de fertilité actuel de 1,7 augmente. Une telle situation entraînerait des changements marqués au cours des 30 ou 40 prochaines années. Vous avez d'ailleurs mentionné que l'un des facteurs qui pourrait modifier le vieillissement de la population n'est pas tellement l'immigration, mais bien le taux de fertilité.

[Text]

[Translation]

• 0935

So if it became fashionable, or a government decided, like the Government of Quebec... or other European governments decided to reward people for having more kids, more than two kids for instance, in order to ensure that their populations would not decline. I believe one government is paying \$7,000 above the second child, or something like that. I know that Quebec is being very proactive in that area.

I wonder if you could just deal with the situation in terms of, say, the 10 years, because if we are going to make some decisions in terms of work force, labour, dealing with the social policies, and those kinds of things that we have to deal with, then it is going to take an awful lot of time to change our infrastructures around to respond to the changing population. I wonder if you could, in much more detail, give us that picture in the next 10 years, because if we want to start making some changes then I suggest that the window is perhaps two or three or four years away.

Mr. Murphy: There are two questions. I wonder if I could respond to the first one, a very good question on what value this stuff is. In these projections we go out to, as the chairman said the last time, 2786, and one of the reasons we did that was to try to put some perspective on this. When we got into this, I was a little worried that a number of people were recommending really strong changes to policies because of something that demographers were predicting might happen in 2026, and, as you rightly point out, they do not know.

In fact, one of the lines I used to use in that presentation, although I do not think I did here, was that the demographers can no more predict the birth rate in 2006 than the economists can predict the interest rates. So it is true.

On the other hand, some of these things are a little more predictable than others. The most difficult one is the fertility. Demographers did not predict the baby boom; they did not predict the baby bust; they did not predict these 5% to 6% increases they have had in Quebec fertility over the last two years. It is very, very difficult to predict that.

Also, it is very difficult to estimate the impact of the natalist programs that European governments have run. In fact, we had four very detailed studies trying to give a precise evaluation of what those programs accomplished and how they worked. It is very difficult to sort those out as social experiments, because they are always confounded; they always do more than one thing at once.

On the other hand, some of the other predictions are much more stable, especially the one about the aging of

Il se pourrait qu'il soit de nouveau à la mode d'avoir des enfants, ou qu'un gouvernement décide d'accorder des primes à la naissance, par exemple des primes à compter de la troisième naissance, comme l'a fait le gouvernement du Québec ou d'autres gouvernements européens, afin de contrer le déclin de la population. Je pense qu'un gouvernement verse une prime de 7,000\$ à compter de la troisième naissance. Je sais que le Québec est très dynamique dans ce domaine.

Pourriez-vous limiter vos commentaires à la période des dix prochaines années. Si nous devons prendre des décisions entre autres, en matière de marché de l'emploi, de politique sociale, il nous faudra beaucoup de temps avant de modifier nos infrastructures afin de réagir aux changements démographiques. Pourriez-vous nous expliquer en détail quelle sera la situation au cours des 10 prochaines années. Si nous désirons amorcer certains changements, je pense que nous ne disposons plus que de deux à quatre ans avant de passer à l'action.

M. Murphy: Vous me posez deux questions. J'aimerais d'abord répondre à la première, une très bonne question sur la pertinence de ces données. Nos projections vont jusqu'en l'an 2,786. Nous voulions ainsi donner une perspective plus grande à tous ces changements. Lorsque nous avons amorcé cette étude, des gens recommandaient d'apporter des changements importants aux politiques, en se fondant sur certaines prévisions faites par les démographes pour 2026. Cela me préoccupait, car comme vous l'avez si bien dit, on ne sait pas ce qui se produira à ce moment-là.

En fait, je ne l'ai pas dit ici, mais je l'ai dit ailleurs; les démographes ne sont pas plus en mesure de prévoir le taux de naissance en l'an 2,006 que les économistes ne peuvent prévoir le taux d'intérêt pour cette année-là. Donc, cela est vrai.

D'autre part, certains facteurs sont plus prévisibles que d'autres. Le plus difficile demeure celui de la fertilité. Les démographes n'ont pas prévu l'explosion démographique d'après-guerre, ni la chute radicale des naissances. D'ailleurs, ils n'ont pas été plus en mesure de prévoir les augmentations de 5 et 6 p. 100 du taux de fertilité au Québec au cours des deux dernières années. Ce facteur demeure très difficile à prévoir.

Il est également très difficile de prévoir les répercussions des programmes d'encouragement à la natalité mis en place par les gouvernements européens. Quatre études détaillées ont essayé d'établir une évaluation précise des objectifs atteints et des mécanismes de fonctionnement de ces programmes. Mais il est difficile de mettre à part telle ou telle expérience sociale pour en faire l'évaluation, car les différents éléments sont souvent indissociables. Ces programmes visent souvent plus d'un objectif à la fois.

Par contre, d'autres types de prévision sont beaucoup plus fiables, notamment celles touchant le vieillissement

[Texte]

the population, because, as we showed from the graphs we had here last time, it is only a major increase in fertility—which is not impossible, but still is a major, major increase—that will really significantly change that tendency for the societies to age.

In fact, as I said, all societies are aging, and unless fertility goes up not just to the replacement level, which many societies see as a goal, but almost to baby boom levels, the population will still go up to around 18%, 19%, 20% of people 65 and over, which is a much different society than we have today.

That projection actually is fairly stable. The mortality projections are much more reliable than the fertility ones. But the fact that fertility would not have to go up so high to have an impact on that is one of the things that in my view gives a certain stability to that aging projection.

• 0940

Mr. Fontana: You just mentioned mortality. Let me deal with that for a minute.

I found it rather shocking the other day—and perhaps other members of the committee may have seen... I cannot remember the program, whether it was CBC or whatever that was doing... had made a study or in fact had found out some very shocking statistics that Canada had, I guess it was, the second-worst record in the world, perhaps after the United States, for child death between... I cannot remember what the ages are... mostly because of poverty, abuse, and what have you. I do not think your study caught that—perhaps it did—but for this committee I am sure it would be of some interest to look at that particular phenomenon, because it shocked me, on the basis that Canada, as we all know, not only has a very high mortality rate for the older ages but at the younger ages we still are having a real problem. I wonder whether any of your statistics caught that situation.

Mr. Murphy: Those statistics are obviously implicit in what we have done, since we have kept mortality constant at 1986 levels for these projections we did. So those high levels of infant mortality are in there. I think those figures are that we are next to the bottom as far as OECD countries are concerned. But still, it is a very unsatisfactory record, and of course as that show pointed out, on Indian reserves, for the native people, it is a shocking situation.

[Traduction]

de la population. Comme nous vous l'avons démontré à l'aide de graphiques au cours de notre dernière présentation, seule une augmentation marquée de la fertilité aura une incidence considérable sur la tendance au vieillissement. Une telle augmentation de la fertilité n'est pas impossible, mais il devra s'agir d'une augmentation considérable.

Toutes les sociétés sont victimes du vieillissement. S'il n'y a pas d'augmentation du taux de fertilité supérieure au taux de remplacement—qui est l'objectif visé par de nombreuses sociétés—s'il n'y a pas une augmentation capable de provoquer une explosion démographique, la tranche de population âgée de 65 ans et plus atteindra 18, 19 ou même 20 p. 100. La société sera alors bien différente de celle que nous connaissons aujourd'hui.

Cette projection est très stable. Les projections de mortalité sont beaucoup plus fiables que celles touchant la fertilité. Étant donné que le taux de fertilité ne devrait pas atteindre des records pour avoir une certaine incidence, il s'agit selon moi d'un facteur qui apporte une certaine stabilité à cette projection du vieillissement de la population.

M. Fontana: Vous venez de parler de la mortalité. Permettez-moi d'aborder cette question brièvement.

J'ai trouvé plutôt étonnant l'autre jour—et certains autres députés en ont peut-être eu connaissance... je ne me souviens pas au juste de l'émission, s'il s'agissait de Radio-Canada ou d'une autre chaîne... toujours est-il que, d'après les résultats d'une étude, on avait fait la constatation très étonnante que le Canada venait à l'avant-dernier rang, derrière les États-Unis peut-être, pour ce qui est de la mortalité infantile... pour certains groupes d'âge que je n'ai pas retenus... attribuable surtout à la pauvreté, aux abus et ainsi de suite. Il ne me semble pas que votre étude ait tenu compte de ce phénomène—je me trompe peut-être—mais il me semblerait intéressant que le Comité se penche sur ce phénomène, qui m'a vraiment troublé, je dois le dire, étant donné que, comme nous le savons tous, le Canada affiche un taux de mortalité très élevé non seulement pour les personnes âgées mais aussi pour les jeunes, où les problèmes sont réels. Certaines de vos données statistiques reflètent-elles la situation que je viens d'évoquer?

M. Murphy: Ces données statistiques font évidemment partie de nos travaux de façon implicite, puisque nous avons, dans nos projections, supposé que les taux de mortalité de 1986 demeureraient constants. Les taux élevés de mortalité infantile sont donc incorporés à l'analyse. Je crois que, selon ces chiffres, nous sommes à l'avant-dernier rang parmi les pays de l'OCDE. Les résultats demeurent tout de même extrêmement insatisfaisants et, comme on l'a fait ressortir dans l'émission, la situation dans les réserves indiennes, chez les autochtones, est alarmante.

[Text]

Just to follow up a little on mortality in the first place, that does have an impact; not a major impact but more. . . You have to be careful with these things. Demographically, it is not a. . . If we got the infant mortality down to where Japan is, for instance, which has the best record right now among those OECD countries, it would not make a significant change on these projections, but it certainly would make a significant change in our moral situation here, in our social situation in Canada.

I should also say that another thing we did not do is to get into the whole question of projecting changes in mortality in the upper age groups, because again, that is a situation that has a very major impact if you are looking at a particular problem, for instance the problem this committee is looking at, health care for the elderly. But as an overall demographic issue it does not have a major impact.

One of the other difficulties is that it is a very underdeveloped field in demography. Demographers for years have been trying to figure out a way to project fertility. Mortality in the upper ages was not a very pressing subject.

So there has not been a great deal of advance in that. It is unfortunate. It is another thing people should be looking at.

To get to your more important question, though, what is going to happen over the next 10 years, although I did not show that slide, we do have two slides at the end of this thing that show the tendencies over the next 10 years. In fact, somebody asked me once in one of these presentations, what is the most important slide in the thing? I answered that it was the one that shows what used to be called the "dependency ratio", that labour force age graph, which shows that for the next 20 years Canada will have the most favourable ratio in its history of working-age population to total population as the baby boom moves through there. Some of the economists I have talked to during this last trip were pointing out also that one of the other issues is that these baby boomers will also be moving into those ages where traditionally they save, as opposed to spend. Whether or not the baby-boomers will do it I suppose is another question.

At any rate, it reinforces the same issue as is brought up in that graph. It is just what you are saying, that there is some time before we will be faced with the major part of this problem. We do have a one-, two-, or three-year window when we can really significantly study these things and come up with the kind of decisions we should be making.

Society is going to change anyhow. It will not stand still under these vast demographic changes. The question is to be on top of these changes, to know what is happening and to make the kind of changes we want.

[Translation]

Je dois ajouter tout de suite que la mortalité n'a pas une très forte incidence sur le plan démographique. Il faut être prudent en faisant des projections. Si nous réussissions à réduire le taux de mortalité infantile au niveau de celui du Japon, par exemple qui est le plus faible à l'heure actuelle parmi les pays de l'OCDE, cela n'aurait pas une forte incidence sur les projections. Par contre, les répercussions sur le plan moral et social au Canada seraient considérables.

Je dois également ajouter que nous n'avons pas abordé toute la question de l'évolution de la mortalité pour les groupes âgés. En effet, une fois de plus, il s'agit d'un phénomène qui est très important dans certains contextes précis, comme celui des soins de santé pour les personnes âgées sur lequel se penche le Comité. Cependant, pour l'évolution démographique dans son ensemble, l'incidence est faible.

Il faut dire également que ce domaine de la recherche démographique est très peu développé. Depuis des années, les démographes s'acharnent à établir des projections de fertilité. Le phénomène de la mortalité des personnes âgées n'était pas un objet d'étude prioritaire.

Les progrès dans ce domaine n'ont donc pas été importants, malheureusement. Il s'agit d'un autre phénomène, qui mériterait d'être étudié plus à fond.

Pour revenir maintenant au fond de votre question, qui est de savoir ce qui va se passer au cours des dix prochaines années, deux des diapositives de l'exposé illustrent les tendances de la prochaine décennie. Je ne vous ai cependant pas montré la diapositive pertinente. De fait, on m'a déjà demandé quelle était la diapositive la plus importante de l'exposé. J'ai répondu que c'était celle qui illustre ce qu'on appelait le «coefficient de dépendance». Le graphique en question montre que, pour les 20 prochaines années, le Canada aura le coefficient le plus favorable de son histoire de la population active par rapport à la population totale il s'agit évidemment d'un phénomène lié au «baby boom». Certains économistes auxquels j'ai parlé dernièrement m'ont signalé une autre tendance intéressante, à savoir que les enfants du «baby boom» allaient également atteindre à cette époque les âges où la dépense cède traditionnellement sa place à l'épargne. Le phénomène va-t-il se confirmer dans le cas du «baby boom»? Il faudra attendre pour le savoir.

De toute manière, cette dernière tendance vient confirmer ce qui ressort déjà du graphique dont je vous ai parlé. En effet, comme vous le dites, nous aurons un peu de répit avant que le problème de la dénatalité prenne toute son ampleur. Nous avons deux ou trois ans pour étudier à fond tous les phénomènes et pour prendre les décisions qui s'imposent.

La société va évoluer de toute manière, quels que soient les changements démographiques qui s'annoncent. Il faut surtout être en mesure de bien cerner les phénomènes et de pouvoir nous y adapter en fonction de nos objectifs.

[Texte]

If you look at that graph, you will find that the major thing is that even now this historical tendency toward aging is continuing. The society is continuing to get older, although it will not really hit, as I said, until the baby-boomers start to hit in 2010, in the second decade of the next century. One of the lines in there is the population 65 and older in relation to the labour force, and since labour force participation rates are also going up, that line is a little more stable.

• 0945

What you have is a decline. Probably the most major thing there affecting society right now is that decline in the younger age group, which is really forcing some changes in the labour market. But even that will come up again, as the eco-baby boom moves through. One of the things that had worried us when we started looking at this, why we think we are trying to bring this to peoples' attention is... one of the titles we had for this thing at one time was "Planning for the Storm Under Blue Skies", because these demographic pressures will not be obvious to people over the next little while, but there are some real changes coming and people have to be aware of them.

Mr. Karpoff (Surrey North): I find the report fascinating. I have had the chance to try to look at demographics and the implication for services, as prior to being an MP I worked in the health care and social service field and did do some program planning, probably not as sophisticated as it should have been and not using enough projections.

There are two things I would like to ask you about, because there seem to be two issues that are involved when you start looking at demographics. One, are there things on which the government or society as a whole can, on a policy basis, make decisions that can influence the demographics, and secondly, how do we react to them? There seems to be simply an attitude of: Well, this is going to happen, and there is nothing we can do about it. I am not convinced. I will just mention two or three things in terms of government policy.

Some of the demographics talk about regional distribution of the population in Canada. I think government policy, particularly as it relates to economic development services, will have a dramatic influence. Right now, we are going to have a de-population of the Atlantic regions simply because of government policy making it economically a wasteland.

The whole policy around immigration changes dramatically—where the immigrants are coming from, where they settle, their backgrounds. Canada has relied on stealing trained and educated people from the poor countries. We do not train enough doctors, we do not train enough nurses, we do not train enough

[Traduction]

Il ressort surtout du graphique que la tendance historique au vieillissement persiste à ce jour. La société continue de vieillir, mais ce n'est qu'à partir de 2010 que toute l'ampleur du phénomène se fera sentir: lorsque les enfants du «baby boom» commenceront à atteindre l'âge de 65 ans. L'une des courbes du graphique représente la population de 65 ans et plus comme proportion de la population active. Or, l'augmentation progressive des taux de participation à la population active donne une plus grande stabilité à la courbe.

On constate une baisse. À l'heure actuelle, le phénomène qui a la plus forte incidence sur la société est la baisse du nombre de jeunes, qui entraîne des changements sur le marché du travail. Même dans ce cas, toutefois, il y aura redressement, attribuable au "baby boom" écologique. Nous avons pensé à un moment donné intitulé notre étude "après le beau temps, la pluie". En effet, il est difficile de sensibiliser la population aux phénomènes démographiques qui pointent à l'horizon puisque les pressions ne s'exerceront pas avant quelque temps. Pourtant, les changements en perspective seront considérables, et il faut que la population en prenne conscience.

M. Karpoff (Surrey-Nord): Le rapport est fascinant. J'ai eu l'occasion de me pencher sur l'incidence des facteurs démographiques sur le secteur des services, étant donné que, avant d'être député, j'ai oeuvré dans le domaine de la santé et des services sociaux comme planificateur. Ma planification manquait sans doute de raffinement, et je ne faisais peut-être pas suffisamment appel aux projections.

J'ai deux questions à vous poser, deux questions qui me semblent pertinentes à l'étude de la démographie. D'une part, y a-t-il des facteurs démographiques sur lesquels les décideurs peuvent influencer? D'autre part, comment influencer sur ces facteurs? Je conteste l'attitude fataliste qui semble prévaloir. En matière de politique gouvernementale, deux ou trois aspects me viennent à l'esprit.

Certaines études démographiques portent sur la distribution régionale et de la population au Canada. À mon avis, la politique gouvernementale, notamment en matière de services liés au développement économique, aura une influence décisive. À l'heure actuelle, c'est la politique gouvernementale qui va entraîner la dépopulation de la région de l'Atlantique, en en faisant une zone sinistrée sur le plan économique.

La politique d'immigration peut également influencer de façon décisive sur l'évolution démographique. D'où proviennent les immigrants, où vont-ils s'établir, quels sont leurs antécédents? Le Canada s'est facilité les choses jusqu'à maintenant en volant aux pays pauvres des personnes formées et instruites. Nous ne formons pas

[Text]

professionals, and we really steal them from developing countries.

If we, all of a sudden said: Look, we are not going to allow people in simply because they have \$250,000, we are going to allow people in on an entirely different basis, what kinds of impacts can government policies have on the demographics that we project?

The third one that I would like to talk about is family structure and family income. We know that poverty is related to single families and that poverty is related to the whole question of infant mortality and a whole series of social problems.

I guess one of the things that people seem to say is: Well, look, this is going to happen; the government cannot do anything; it has no role to play; we have to sit back and be passive viewers of this unfolding. I am not so sure there are not dramatic things that we can and should be doing in terms of policy issues to influence certain areas of those demographics.

Mr. Murphy: I agree. In fact one of the things that I said, again in fact related to my first statement, is we try to get the pessimism out of this, to show that we are not sailing on the *Titanic*. There is some good to be made from re-arranging the deck chairs at least, and one of the reasons that we want to go into this second level of papers, second level of analysis, is to treat just that kind of question, because there is a... once you get past the disaster idea there is this question of inevitability.

They seem to be such large forces that, as you say, people will just throw up their hands. But there are certain areas among the ones you mentioned where we can have a major impact. One of the key things to do in getting this debate better informed, which is really our goal, is to make it clear to people in what areas there is some room for manoeuvre and what is that room for manoeuvre, what must be done, and who must do it.

Certainly, we have control over immigration. One of the things the government wanted to do, as Mrs. McDougall is doing right now, is to discuss with Canadians what kind of immigration policy they would like to have, including all the range of questions that you have brought up. The same thing is obviously true on this whole question of regional population growth, regional population distribution.

• 0950

They are levers there, but I do not think it is really clear. There have been an immense number of studies about the regional issues in Canada. In fact, in the major research projects, the 18-month projects we had here, we had six or seven major research regional studies done by some of Canada's leading regional scholars. It did not come to that much unfortunately, because it is not often approached from the perspective of what is going on and

[Translation]

suffisamment de médecins, d'infirmières, de professionnels; nous les volons littéralement aux pays en développement.

Or, si nous décidions tout à coup de recevoir des immigrants non pas parce qu'ils ont 250,000 \$ en poche, mais en fonction de critères tout à fait distincts, quelle serait l'incidence de la politique gouvernementale sur les projections démographiques?

Le troisième aspect que je voulais aborder est celui de la structure et du revenu de la famille. Comme nous le savons, la pauvreté est liée aux phénomènes de la famille monoparentale, de la mortalité infantile et à toute une série de problèmes sociaux.

Les gens semblent dire qu'il n'y a rien à faire, que le gouvernement est impuissant, que ce qui doit arriver arrivera, que nous ne pouvons être que des spectateurs passifs. Je ne suis pas convaincu qu'il n'y a pas des initiatives importantes que nous pourrions prendre sur le plan de la politique pour influencer certains facteurs démographiques.

M. Murphy: Je suis d'accord. En effet, comme je l'ai déjà souligné, il faut dissiper le pessimisme; nous ne sommes pas les passagers du *Titanic*, et il y a moyen de faire quelque chose, ne serait-ce que de modifier la disposition des chaises longues sur le pont. Si nous souhaitons entreprendre un deuxième niveau d'analyse, c'est justement pour apporter des réponses aux questions que vous soulevez. Évidemment, une fois dépassé le stade critique, certaines perspectives deviennent de plus en plus inévitables.

Les forces qui sont en jeu semblent si formidables qu'il peut être tentant de se résigner. Cependant, dans certains des secteurs que vous avez mentionnés, il est possible d'obtenir des résultats importants. L'information du public est un élément clé. Il faut que les gens sachent où se situe la marge de manoeuvre et quelle est sa nature. Il faut savoir ce qui doit être fait et qui doit le faire.

Nous exerçons certainement un contrôle sur l'immigration. Ce que le gouvernement a cherché à faire notamment, et c'est ce à quoi s'applique M^{me} McDougall en ce moment, c'est de discuter avec les Canadiens de la politique d'immigration qu'ils souhaitent voir appliquer, y compris de toutes les questions que vous avez soulevées. Cela s'applique évidemment à toute la question de la croissance et de la distribution des populations des régions.

Il existe des possibilités d'intervention, mais elles ne sont pas encore bien définies selon moi. Les questions régionales ont fait l'objet d'un très grand nombre d'études au Canada. De fait, six ou sept de nos grands projets de recherche de 18 mois ont porté sur les régions et ont été confiés à certains de nos plus grands experts en études régionales. Malheureusement, les résultats ne sont pas très concrets puisque ceux qui entreprennent ces études le

[Texte]

what the levers are that government or society can deal with.

That regional question is very much related to the immigration question, because one of the issues we have is the high quality immigrants whom you referred to, who are going to very limited parts of Canada. They are going increasingly to Toronto, Montreal, Vancouver, and somewhat to Calgary and Edmonton. Why is that? One of the questions we always get when we go around and give these presentations is, how do we get the immigrants to come here? The whole question of whether or not immigrants are a value to society seems to just be assumed on the positive side. The question is, how do we get them to come here? They ask you that in Quebec; they ask you that in Halifax; they ask you that in Saskatoon.

It is quite clear from the analysis we have gone through that the way you get immigrants to go Halifax is to get Canadians to go there. The same regional policies that make these areas attractive to Canadians make them attractive to new Canadians. Certainly the government must have some impact on this whole question of the family because of the major transfers of moneys that they do right now.

When we approached the question of these natalist policies in Europe, we approached them not from the point of view of how the government can get the birth rate up. It was not sure that that was an appropriate way to go about it. But we did approach them from this perspective: what do these policies tell us about the modern family? We had graphs that showed this tension since the Industrial Revolution between the earning in the marketplace and having a home and families, etc.—these long-term things. We could see how governments have reacted to these by seeing these natalist policies in those ways. Unfortunately, it still has not worked out.

We have another major project going on right now with the Vanier Institute of the Family and Bob Glossop, trying again to look at these policies in Europe and the results—and in Quebec too—as an experiment in dealing with tensions in the family situation.

When I say we are going to have more studies, I am not talking about another three years. We are talking about another year or another year and a half. We are hoping to have a fair amount more of just the kind of information you ask. It is not in here. It has been my impression in talking to people that they have not approached it from that perspective, but that is the perspective they should be approaching it from.

Mr. Karpoff: You mentioned the aging population in Sweden. Sweden has not had some of the problems with the aging population that the rest of the industrial world seems to have had. I am wondering how much of that relates to Sweden's basic economic and social policy structure, including its heavy emphasis on maintaining

[Traduction]

font rarement en tentant de définir une situation et les possibilités d'intervention de l'État ou de la société.

Il existe un lien étroit entre la question régionale et celle de l'immigration. En effet, vous avez parlé du phénomène de ces immigrants très désirables qui se dirigent vers certaines régions très précises et circonscrites du Canada. Ils vont de plus en plus à Toronto, Montréal, Vancouver et aussi dans une certaine mesure à Calgary et Edmonton. Comment l'expliquer? Partout où nous donnons cet exposé, on nous demande comment faire pour attirer les immigrants. Personne ne semble douter de la valeur que représentent les immigrants pour la société. On se demande tout simplement comment les attirer dans son coin du pays. C'est la question qu'on pose à Québec, à Halifax à Saskatoon.

Or, d'après notre analyse, il ressort clairement que pour convaincre un immigrant de s'établir à Halifax, il faut pouvoir convaincre un Canadien de le faire. La politique régionale qui rendra une région attrayante aura autant d'effet sur les nouveaux Canadiens que sur les autres Canadiens. Et pour ce qui est de la famille, l'État joue certainement un rôle décisif, compte tenu de l'importance des transferts qui peuvent avoir une incidence sur la famille.

Dans notre étude des politiques natalistes poursuivies en Europe, la perspective que nous avons retenue n'a pas été celle de nous demander comment l'État peut faire augmenter le taux de natalité, mais de nous demander plutôt quels renseignements cette politique pourrait nous fournir au sujet de la famille moderne. Certains graphiques illustraient la tension qui existe depuis la Révolution industrielle entre, d'un côté, l'attrait du marché et de ces perspectives de rémunération et, de l'autre, le désir de fonder un foyer et d'avoir une famille, ainsi de suite. Nous avons pu constater comment les divers États ont réagi aux tendances à long terme par diverses mesures natalistes, malheureusement sans grand succès jusqu'à maintenant.

Un autre de nos grands projets de recherche, auxquels participent l'Institut Vanier de la famille et Bob Glossop, vise également à évaluer les mesures natalistes prises en Europe et au Québec et leurs résultats comme moyen de répondre aux tensions auxquelles est soumise la famille.

Lorsque je parle d'autres études, je ne parle pas de trois ans, mais plutôt d'un an ou d'un an et demi. Nous avons bon espoir de pouvoir répondre aux questions que vous posez. Nous n'avons pas les réponses en ce moment. Je constate que les travaux n'ont pas été faits dans l'optique de la prise de décision, mais j'estime que c'est cette optique qui s'impose.

M. Karpoff: Vous avez parlé du phénomène du vieillissement de la population en Suède. Le problème du vieillissement de la population ne semble pas avoir posé à la Suède le même problème qu'il pose au reste du monde industrialisé. Dans quelle mesure cela serait-il attribuable à la nature même de la politique économique et sociale de

[Text]

regional development within the economic structure of its society.

Mr. Murphy: I frankly do not know, but that is one of the things we want to look at. As I have said, these countries have followed the same path of evolution as we are going through. I think one of the most significant pieces we will be doing is just what happened there. What changes have they made or what policies have they made that are unique to that particular country? What can we learn from it? What are the things we could borrow ourselves and also what pressures will we face? At any rate, when we talk about the future I seem to be back to where I was. . . It was always embarrassing three years ago when I kept saying, I do not know, but we are going to study it. Now we have studied it for three years and we have all this, but I am still saying I do not know and that we are going to study it.

• 0955

Mr. Halliday (Oxford): It is nice to have our witness, Dr. Murphy, back with us so we can get further information about this demographic review, which is certainly fascinating. I suppose it pertains to the study our committee is doing, Mr. Chairman, inasmuch as it is background material for trying to plan the health care system for the future.

I am impressed by the lack of any reference so far—and I may have overlooked it—to health care in your study, and I understand why that might not be the case. So that being the situation, what is being done now in your department based on what you have learned from your study here? What is being done in the way of planning for health care in the future? What are the implications of your study on the health care system in Canada?

Mr. Murphy: There are two levels to it. First of all, they have the information. They are doing their version of the ENI materials, taking the material at this level and studying the impacts on existing programs. Then there is a second level to it. When we come back here again in a year's time or whatever, we will have some specific things to say along the lines we have just been talking about, about what options we face, what issues we face in this situation. I can no more speak frankly to what is going on in the health branches there and the policy branch there about what they are doing with this study than I can about what Immigration is doing with it, except for the fact that Ms Rudko is involved in the consultations themselves.

I would suggest you ask them that question. I do know they are folding this information into their ongoing work and that also we will be working with them as we get into this second level of comparative study about what the options are, what the levers are that governments and societies can use.

[Translation]

ce pays et notamment à l'importance qu'on accorde en Suède au développement régional?

M. Murphy: Je ne suis pas en mesure de répondre, mais il s'agit d'un aspect que nous souhaitons étudier. Comme je l'ai dit, il s'agit de pays où l'évolution que connaît le Canada a déjà eu lieu. Nous allons nous pencher très sérieusement sur ce qui s'est passé dans ces pays. Quelles mesures ont été prises ou quels changements ont été apportés? Pouvons-nous en tirer une leçon? Quelle partie de leur expérience est transposable et quelles seront les difficultés auxquelles nous pouvons nous attendre? De toute manière, chaque fois que je parle de l'avenir, il me semble que je reviens à la case départ. . . J'étais mal à l'aise, il y a trois ans, de répéter que je n'avais pas les réponses, mais que nous allions faire des études. Or, nous en avons fait durant trois ans, et je suis encore en train de dire que je n'ai pas les réponses et qu'il va falloir faire des études.

M. Halliday (Oxford): Nous sommes heureux d'accueillir à nouveau M. Murphy pour qu'il puisse nous donner d'autres renseignements sur l'étude démographique, qui est certainement fascinante. J'imagine qu'elle est pertinente aux travaux de notre comité, monsieur le président, dans la mesure où les renseignements qu'elle contient nous permettent de planifier le régime de soins de santé de l'avenir.

J'ai tout de même été étonné de constater que l'étude n'aborde pas du tout—à moins que je ne me trompe—le domaine des soins de santé, tout en comprenant pourquoi il peut en être ainsi. J'aimerais donc savoir quelles sont les initiatives que prend actuellement votre ministère à partir des constatations de l'étude. Que fait-on en matière de planification des soins de santé? Quelles sont les implications de l'étude sur le régime des soins de santé au Canada?

M. Murphy: Les activités du ministère se déroulent sur deux plans. Premièrement, les responsables évaluent l'incidence des constatations sur les programmes existants. Puis, dans un an ou à peu près, lorsque nous comparaitrons à nouveau devant vous, nous aurons des réponses précises aux questions que vous posez. Nous aurons mieux défini certaines options et certaines questions. Je ne suis pas plus en mesure de vous en dire davantage sur ce que font les directions générales de la santé et de la politique à partir des résultats de l'étude que je ne peux vous dire ce qu'en font les gens de l'immigration, si ce n'est que M^{me} Rudko participe aux consultations.

Je vous propose de poser la question directement aux intéressés. Je sais tout au moins que les responsables intègrent les renseignements à leur travail et que nous allons collaborer avec eux à la deuxième étape de l'étude comparative visant à définir les options et les moyens d'intervention.

[Texte]

One of the questions I often get, especially when I am talking to the private sector, is: what can governments do about this? It is everybody who has to do something about it. One of the major levers you have that really changes these so-called dependency ratios is the participation of slightly older workers. It is a phrase I always do not like to use because older workers in economists' terms are 35 and over or something like that.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, do we have plans to get before the committee representation from the policy branch? Have we made plans, and whom are we having? Obviously this is interesting background, but it does not have any direct bearing on what we want to do as a committee. We should be finding out what the department is doing with this material by way of health care, and I am wondering whether we have plans to get the appropriate people.

The Chairman: As you are aware, we have had a list of witnesses prepared, and these could be included in our study.

Mr. Halliday: I think maybe we had better make a real point of getting those people in.

I have one last question to Dr. Murphy. Sweden is approximately now where we are going to be in 40 years. Is there a simple explanation of why they are 40 years ahead of us in that demographic change?

Mr. Murphy: Yes, it is simple: mostly because their baby boom was less pronounced than ours. We were really following along the same paths. Their fertility rates fell a little quicker than did Canada's, so it put them a little on that route. But remember, one graph showed that in Canada, as the fertility rates have fallen, the percentage of 65 and over, which was 3% in the middle of the 19th century, has gradually been going up. Theirs went gradually up along the same path, but ours was delayed by the very strong baby boom because we put roughly 1 million more young people into the population than would have occurred had the baby boom not occurred. So it is really that. All those western European countries had much less dramatic baby booms than did Canada, North America and Australia, and that is essentially the reason.

Mr. Harb (Ottawa Centre): Certainly, it is a very well thought-out report in terms of outlining what is happening in our society. I think it truly reflects the reality of what is going on.

• 1000

What I did not see was some sort of a recommendation or direction coming forward from the department, but I was encouraged by the statement that a future report will be coming forward.

Mr. Chairman, I think the major problem we are faced with is an economic one, whereby we are seeing strong

[Traduction]

Lorsque j'expose ces réalités, notamment devant le secteur privé, on me demande souvent quel rôle peut jouer l'État. Or, tous les intervenants ont un rôle à jouer. Par exemple, l'un des grands moyens d'intervention pour modifier les coefficients dits de dépendance, c'est la participation des travailleurs plus âgés. Je me méfie de cette expression puisque, pour les économistes, les travailleurs âgés sont ceux qui ont 35 ans et plus ou quelque chose de ce genre.

M. Halliday: Monsieur le président, est-il prévu que la direction générale de la politique va comparaître devant le Comité? Dans l'affirmative, qui sont ceux qui vont comparaître? Les renseignements qui nous sont fournis sont d'un intérêt évident, mais ils ne sont pas directement pertinents aux travaux du Comité. Nous devons nous renseigner sur l'utilisation qu'en fait le ministère aux fins de la planification du régime de soins de santé, et je me demande donc si nous avons prévu de faire comparaître ceux qui pourraient nous fournir les renseignements voulus.

Le président: Comme vous le savez, une liste de témoins est prête, et ces témoins pourraient faire partie de notre étude.

M. Halliday: Il me semble que nous devons veiller à ce que ces gens comparaissent.

Je poserai une dernière question à M. Murphy. La Suède en est au stade où nous serons dans environ 40 ans. Comment expliquer cette avance de 40 ans en matière d'évolution démographique?

M. Murphy: C'est surtout parce que leur *baby boom* a été moins prononcé que le nôtre. Nos cheminements se ressemblaient passablement. Le taux de fertilité suédois a fléchi un peu plus rapidement que celui du Canada, ce qui explique l'évolution démographique en Suède. Je vous rappelle le graphique qui montrait que, pour le Canada, à mesure que baissait le taux de fertilité, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus, qui se chiffrait à trois p. 100 au milieu du XIX siècle, a augmenté graduellement. Or, le même phénomène s'est passé en Suède, mais l'augmentation du pourcentage a été retardé au Canada à cause d'un *baby boom* très prononcé, qui est venu ajouter environ un million de jeunes à notre population. Voilà l'explication. Les pays de l'Europe de l'Ouest ont connu des *baby boom* beaucoup plus spectaculaires que le Canada, l'Amérique du Nord et l'Australie.

M. Hard (Ottawa-Centre): Le rapport est certainement très bien pensé, et il me semble décrire correctement la situation démographique et son évolution.

Ce que je n'ai pas vu, c'est une recommandation ou une directive quelconque du ministère, mais j'ai été encouragé d'apprendre qu'un rapport serait bientôt présenté.

Monsieur le président, je pense que le principal problème qui se pose est un problème économique, du

[Text]

migrations from the different regions of Canada to the major cities. A result of that, and because of the cost of living and everything else, it is very difficult for a family who moves from Atlantic Canada to Toronto to start producing. In my view, that discourages Canadian families from producing children or from moving in the direction of production or otherwise.

The same thing applies to immigrants. They come in from outside and they have relatives or friends who are in larger cities. It seems to be that all the migrants from within and outside of Canada are moving to the larger cities, so the big cities are bursting with population, the cost of living and everything else. We are going to see the problem even increasing over the future years, unless we come up with a national strategy to encourage Canadians, through incentives, to start moving back to the different regions of Canada. Nobody is going to go back to where he or she comes from without some sort of incentive, whether through housing or other programs that the government should be introducing.

The same thing would apply to immigrants who come from other parts of the world, especially in the business category we have right now. If we somehow give them also the incentive to go to different parts of Canada to start their families and their businesses, we might be able to help those different parts of Canada to grow.

Unless we do that, I do not think we are going to see the kind of solution we are looking for. We have an aging population and we do not have enough support out there, because over the next 10 or 15 years the working population is going to be shrinking versus the population that is growing, aging and not working. We are therefore going to be faced with a crisis. In my view, Mr. Chairman, the only way we can address it is through some sort of incentives for Canadians to move back to either rural Canada or the different parts of Canada. Bear in mind, however, the Charter of Rights when it comes to immigrants. You cannot force an immigrant to go to Halifax or to Newfoundland, because the minute he walks onto the Canadian territory he can settle there for the first three months and then move elsewhere. You cannot force them, but what you can do is provide incentives.

As well, immigrants who are professionals, especially doctors, engineers and so on, although we are in fact encouraging them to come to Canada, are coming here and facing a tremendous difficulty. They just cannot practise. I have spoken with many of them who told me that if the government would allow them to go to the Northwest Territories, to Alaska or to western Canada where they could practise medicine, they would be more than willing to do so, but there is no incentive to move elsewhere even for those professional immigrants who come to Canada.

I wonder whether anybody in your department is working on some set of recommendations to deal with this issue of flow from rural Canada and from the different parts of Canada to the major cities—not by just

[Translation]

fait des importantes migrations des diverses régions du Canada vers les grandes villes. A cause de cela, et en raison du coût de la vie et de tout le reste, une famille qui déménage de la région atlantique à Toronto a difficilement les moyens d'avoir des enfants. A mon avis, cela dissuade les familles canadiennes d'avoir des enfants ou d'envisager d'en avoir.

C'est la même chose pour les immigrants. Ils arrivent de l'extérieur et ils trouvent des parents ou des amis dans les grandes villes. Tous les migrants de l'intérieur comme de l'extérieur du Canada se dirigent vers les grandes villes, dont la population explose avec tout ce que cela entraîne sur le plan du coût de la vie etc. Le problème ne va faire que s'aggraver au cours des prochaines années si nous ne mettons pas sur pied une stratégie nationale afin d'encourager les Canadiens au moyen de stimulants à repartir vers les régions du Canada. Personne ne repartira sans un encouragement quelconque, que ce soit un programme de logement ou un autre programme mis sur pied par le gouvernement.

On peut dire la même chose pour les immigrants en provenance d'autres régions du monde, notamment dans la catégorie des hommes d'affaires que nous avons actuellement. Si on leur donne une incitation à s'installer dans diverses régions du Canada pour y élever leur famille et monter leur entreprise, nous pourrions peut-être aider ces régions du Canada à se développer.

Sinon, nous n'obtiendrons pas le résultat que nous recherchons. Nous avons une population vieillissante et nous n'avons pas suffisamment d'appuis de ce côté-là, car d'ici 10 ou 15 ans la population active va se rétrécir face à une population vieillissante et inactive. Nous allons donc avoir une crise. Le seul moyen de nous en sortir, monsieur le président, c'est d'encourager les Canadiens à repartir soit en zone rurale, soit dans les diverses régions du Canada. N'oubliez pas cependant la Charte des droits dans le cas des immigrants. On ne peut pas obliger un immigrant à aller s'installer à Halifax ou à Terre-Neuve, car dès l'instant où il pose le pied en territoire canadien, il peut s'installer là où il est pendant trois mois et ensuite aller n'importe où ailleurs. On ne peut pas les obliger, mais on peut leur offrir des incitations.

De même, les immigrants qui sont des professionnels, en particulier les médecins, les ingénieurs etc., et que nous encourageons à venir s'installer au Canada, ont d'énormes problèmes. Ils ne peuvent pas pratiquer leur métier. J'en ai rencontré beaucoup qui m'ont dit que si le gouvernement les autorisait à s'installer dans les Territoires du Nord-Ouest, en Alaska ou dans l'ouest du Canada, où ils pourraient pratiquer la médecine, ils seraient tout à fait d'accord pour le faire, mais qu'on ne fait rien pour y inciter même ces immigrants professionnels.

Je me demande si quelqu'un dans votre ministère se préoccupe d'établir un ensemble de recommandations sur cette question de l'exode rural et de l'afflux de population vers les grandes villes du Canada, de façon à ne pas se

[Texte]

telling them they cannot migrate but to provide them with incentives, not through regional economic development, to remain there.

Mr. Murphy: Those are certainly very good questions, very big questions.

The Chairman: There are a few of them there.

Mr. Murphy: Frankly, these kind of issues about regional disparities—after all, the Prime Minister mentioned them yesterday in welcoming in the new Governor General—have been a continuing concern of all departments, not just our own. What specifically they happen to be doing about it or thinking about it right now, I am afraid I just cannot report on.

On the other hand, one of the key things from this study that we tried to get across is just what the hon. member mentioned: it is not consistent with Canadian tradition or consistent really with the reality of the Charter of Rights to somehow treat new Canadians differently from older Canadians. If we are talking about incentives for professionals to practise somewhere else, if we are talking about incentives to encourage people not to go in such proportions to large cities, to find opportunities in the other parts of Canada, we have to do that for new Canadians as well as old Canadians.

• 1005

We have done some work on the more specific problem of the difficulties that professionals have when they come to a new country. We have two studies by a Mr. Navin Parekh, who has been doing a fair amount of research in this field. One of them is already available—a very interesting study of how the labour market institutions change to deal with the changing composition of their labour force and the changing composition of their clientele. At the entrance of one of the hospitals in Montreal there is a welcoming address in some 27 languages. That is a very interesting study.

One of the things we wanted him to look at was the question of accreditation. He wanted to wait on that one. He will be giving us a report on that one. But, as you know, there is a major task force in Ontario that is always about to report on that subject. So we hope to have some more work on that.

In general it is a major problem. But one of the things we have just demonstrated here is that new Canadians are no different from old Canadians in these issues and they should be treated in the same way. It is the same issue.

Mr. Wilbee (Delta): I found your report fascinating. There are a couple of things I would like to ask you about, which you can perhaps answer. A friend of mine retired from Air Canada a few years ago. He did a study and found that Air Canada employees who retired at age

[Traduction]

contenter de dire aux gens qu'il ne faut pas partir, mais à leur fournir des stimulants et pas simplement le développement économique régional, pour qu'ils restent où ils sont.

M. Murphy: Ce sont d'excellentes questions, des questions de poids.

Le président: Il y en a quelques-unes ici.

M. Murphy: A vrai dire, ces préoccupations au sujet des disparités régionales—après tout, le premier ministre en a parlé hier lorsqu'il a accueilli le nouveau gouverneur général—ne cessent de préoccuper tous les ministères, et pas seulement le nôtre. Malheureusement, je ne pense pas être ni mesure de vous dire exactement ce qu'ils font ou ce qu'ils pensent faire face à ce problème.

D'un autre côté, l'une des idées force que nous avons essayé de mettre en avant dans cette étude est précisément celle qu'a évoquée le député, il n'est pas conforme à la tradition du Canada ni à la réalité de la Charte des droits d'imposer aux nouveaux Canadiens un traitement différent de celui qui est réservé aux autres. Si nous voulons proposer des incitatifs aux professionnels pour qu'ils s'installent ailleurs, si nous voulons encourager les gens à ne plus se précipiter massivement vers les grandes villes et à chercher d'autres débouchés ailleurs au Canada, il faut le faire pour les Néo-Canadiens comme pour les Canadiens de plus longue date.

Nous nous sommes penchés sur les difficultés ou les problèmes particuliers que rencontrent les professionnels qui s'installent dans un nouveau pays. Nous avons deux études réalisées par M. Navin Parekh, qui a fait des recherches considérables dans ce domaine. L'une d'entre elle est déjà disponible, c'est une étude très intéressante sur l'évolution des institutions du marché du travail face aux transformations de la composition de la population active et de leur clientèle. À l'entrée d'un des hôpitaux de Montréal, on trouve une annonce de bienvenue en 27 langues. C'est une étude très intéressante.

Nous voulions en particulier qu'ils se penchent sur la question de l'accréditation. Il nous a demandé un délai pour cela. Il nous fera un rapport sur cette question plus tard. Mais, comme vous le savez, un important groupe de travail de l'Ontario est sur le point de présenter un rapport sur ce même sujet. Nous espérons donc en savoir plus très bientôt.

D'une manière générale, c'est un problème sérieux. Mais l'une des choses que nous avons montrée à cet égard, c'est que les Néo-Canadiens ne sont pas différents des Canadiens de souche plus ancienne sur ce plan et qu'ils doivent être traités de la même façon. C'est le même problème.

M. Wilbee (Delta): J'ai été fasciné par votre rapport. J'aimerais vous poser une ou deux questions. L'un de mes amis a pris sa retraite d'Air Canada il y a quelques années. Il a fait une étude et s'est aperçu que les employés d'Air Canada qui prenaient leur retraite à 65 ans n'en avaient

[Text]

65 on average lived another eight or nine months—I have forgotten the exact numbers—whereas employees who retired at 55 sort of lived out a normal life expectancy. Do you have any statistics on the effect of early retirement on longevity? I am concerned about your statistics. It shows that my wife is going to live seven years longer than I am.

Mr. Murphy: I think mine is up to 12 years longer!

I am afraid we do not do that. Certainly, though, we do have some studies about the impact of early retirement on people's lives. One of the real issues that comes out of that, although we have not developed it in any detail yet, is the problem that so many pension plans are tied to the wages in the last years of earnings, many private pension plans, that early retirement is a major cause of later poverty among seniors. So it is a real issue. However, there is another more positive side of that. As I said there are many levers that can have a remarkable effect on such things as the ratio of people working as to those not working, and one of the most striking ones is relatively small changes in the participation rates or the non-retirement rates of workers 55 and over.

One of the most important studies we had done was one by Professor Laus Osberg of Dalhousie University, who looked at the people who left their jobs. The tendency is for them not to get back. If you lose your job after you are 55, or even after you are 45, there is a high probability that you will eventually drop out of the labour force. His research found that a very high proportion of those people just lost their jobs; that the jobs disappeared or they were laid off and they just did not get another job, even though in his view the evidence seemed to show that they really would have continued working had they had the opportunity to do that.

• 1010

Another economist, Pierre Fortin from Montreal, looked at our overall economic pictures. His was a very interesting paper. He identified several key issues the government and the country should be dealing with. One of them dealt with our attitude toward these older workers. He said how we manage demand for labour for those slightly older workers—workers my age—is one of the key issues that Canada faces over the next 20 years. These large numbers of people could either be drawers of welfare or producers of goods, depending on how we deal with that sector.

In mentioning this to the business people I have talked to, I have said not only does the government have to change the attitudes there, but also business, labour and the whole Canadian society has an obligation. I think it is one of the key issues we face.

[Translation]

en moyenne que pour huit ou neuf mois à vivre—j'ai oublié les chiffres exacts—alors que ceux qui prenaient leur retraite à 55 ans conservaient une espérance de vie normale. Avez-vous des statistiques sur les effets de la retraite anticipée sur la longévité? Vos statistiques m'inquiètent. D'après elle, ma femme va vivre sept ans de plus que moi.

M. Murphy: Et la mienne douze ans de plus!

Nous ne faisons malheureusement pas cela. Certes, nous avons des études sur les conséquences d'une retraite anticipée sur l'existence des gens. L'un des grands problèmes, que nous n'avons pas d'ailleurs vraiment approfondi, vient de ce que de nombreux régimes de pension sont liés à la rémunération des toutes dernières années de travail, de sorte que la retraite anticipée est l'une des grandes causes de pauvreté chez les personnes âgées. C'est donc un vrai problème. Il y a cependant un revers positif à cette médaille. Comme je l'ai dit, de nombreux leviers peuvent influencer de façon remarquable sur des choses telles que le rapport de la population active à la population inactive, et il est particulièrement frappant à cet égard de constater que les taux de participation ou de non-retraite chez les travailleurs de 55 ans et plus évoluent relativement peu.

L'une des plus importantes études que nous avons fait effectuer a été celle du professeur Laus Osberg, de l'université Dalhousie, qui s'est penché sur le cas des gens qui perdent leur emploi. En général, ils ne retournent pas au travail. Si vous perdez votre emploi et que vous avez plus de 55 ans, et même plus de 45 ans, il y a de fortes chances pour vous ne réintégriez pas la population active. Ces recherches lui ont permis de constater qu'une très importante proportion de ces personnes perdaient simplement leur emploi; leur emploi disparaissait ou elles étaient licenciées et n'en trouvaient pas d'autre, alors qu'elles avaient apparemment toutes les raisons de continuer à travailler si elles avaient pu trouver du travail.

Un autre économiste, Pierre Fortin de Montréal, s'est penché sur notre situation économique d'ensemble. Son document est très intéressant. Il a précisé un certain nombre de questions clés auxquelles devrait s'attaquer le gouvernement et le pays. Il y avait notamment l'attitude face à ces travailleurs âgés. Pour lui, la façon dont nous gérerons la demande dans le cas de ces travailleurs qui commencent à avoir un certain âge—les gens de mon âge—est l'une des questions clés qui vont se poser au Canada au cours des 20 prochaines années. Ces masses de population pourront être soit des prestataires du bien-être social, soit des producteurs de biens selon l'attitude qu'on aura vis-à-vis d'eux.

Quand je l'ai dit à mes interlocuteurs du monde des affaires, j'ai souligné que ce n'était pas seulement le gouvernement qui devait changer, mais aussi le monde des affaires, les syndicats et toute la société canadienne. Je crois que c'est une des questions clés.

[Texte]

Mr. Wilbee: I would agree with you 100%. In my particular area, we have a lot of people who do retire early. They face complex problems. You have certainly touched on many of them, not only health problems but also emotional depressions and this type of thing. I would certainly encourage that type of study.

The second question is related. In dealing with the gender gap in longevity, are you aware of any trend there? We are now seeing more women who have spent 30 years in the work force. Previously, the women stayed in the home; now they are out. Many of them do not have children and spend the same working time in the office or wherever it may be. Are you aware of any trend in change in longevity? Is there anything developing in that area?

Mr. Murphy: Not that I am aware of. There is evidence in there, but it is still very subtle.

I have a graph in the book that shows the feminization of the elderly as lifespans tend to diverge somewhat. I am often asked what causes it. This question came up the other day, when I threw the question at Dr. Halliday, who did not answer it. What causes it? Is it the different lifestyles, which now seem to be evening out? This is one of the theories. There is also a theory that women are just tougher from birth onward. Even this new lifestyle will not change.

As we mentioned earlier, I think one of the major fields we are trying to encourage people to get into is this study of mortality in the upper ages, which demographers have not done enough with. A significant book came out a couple of years ago on the so-called rectangularization of the mortality curve. Some people have the idea as the lifespan on average increases, people just start living longer. However, it may be that life actually does have a limited span of the biblical four score and ten. In the future, as mortality in the earlier ages is reduced, instead of having the age curve gradually push down, maybe everybody will live until 85 and drop off.

Even these theories have not been tested enough. There is a good deal of work to be done in those areas.

Mr. Wilbee: I think it is significant that when we talk about about a child dying, we talk about life years lost, whether it is 70 or 80 or whatever it is. But when somebody aged 55 or 60 dies, a lot of knowledge disappears with that person. I think it is significant in our society.

Mr. Murphy: That is right. When they just stop working, a lot is lost to the economy and the society too.

Mr. Karpoff: I want to go back to this business of regional development as it relates to immigration. Certainly on a regional development basis, we have to

[Traduction]

M. Wilbee: Je suis entièrement d'accord. Dans ma région, beaucoup de gens prennent leur retraite très tôt. Ils ont de graves problèmes. Vous en avez mentionné un bon nombre, pas seulement des problèmes de santé, mais aussi des dépressions et ce genre de choses. J'approuve tout à fait ce genre d'étude.

La seconde est liée à la précédente. Dans le domaine de la durée de vie des hommes et des femmes, voyez-vous certaines tendances se dégager? Il y a de plus en plus de femmes qui ont passé 30 ans dans la population active. Naguère, elles restaient chez elles, mais maintenant elles travaillent. Bien souvent elles n'ont pas d'enfants et elles passent leurs journées au bureau ou à un travail quelconque. Voyez-vous se dégager une tendance nouvelle en ce qui concerne leur longévité? Y-a-t-il du nouveau dans ce domaine?

M. Murphy: Pas à ma connaissance. Certaines choses apparaissent, mais elles sont encore très ténues.

J'ai dans notre ouvrage un graphique montrant que les femmes ont tendance à vivre plus longtemps que les hommes. On me demande souvent pourquoi. J'ai encore posé la question l'autre jour au Dr. Halliday, qui n'y a pas répondu. Quelle est la raison? Est-ce que c'est un mode de vie différent, mais il semble maintenant y avoir un certain nivellement à ce sujet. C'est une des théories. Selon une autre théorie, les femmes sont plus fortes dès la naissance. Leur nouveau mode de vie n'y changera rien.

Je vous le répète, l'un des grands domaines vers lesquels nous essayons d'orienter les chercheurs est celui de la mortalité chez les personnes âgées, car les démographes n'ont pas suffisamment creusé la question. Un livre a été publié il y a quelques années sur la prétendue rectangularisation de la courbe de mortalité. Certains pensent que les gens vivent plus vieux parce que l'espérance de vie progresse en moyenne. Il se pourrait cependant que cette espérance de vie soit limitée aux 90 ans bibliques. Dans le futur, si l'on continue à faire diminuer la mortalité chez les plus jeunes, au lieu que la courbe s'incurve progressivement, peut-être que tout le monde vivra jusqu'à l'âge de 85 ans pour mourir brutalement.

Ces théories n'ont pas été suffisamment approfondies. Il y a encore beaucoup à faire à ce sujet.

M. Wilbee: Je crois qu'il est important de noter que quand on parle de la mort d'un enfant, on parle d'années d'existence perdues, que ce soit 70 ou 80. Mais quand c'est quelqu'un de 55 ou 60 ans qui meurt, c'est toute une masse de connaissance qui disparaît. Je crois que c'est important pour la société.

M. Murphy: C'est juste. Quand les gens cessent de travailler, c'est une perte considérable pour l'économie et la société.

M. Karpoff: Je voudrais revenir sur cette question du développement régional et de l'immigration. Il est certain que du point de vue du développement régional il faut

[Text]

make the regions of Canada economically viable and attractive places to live, if we are going to have Canadians stay in those areas.

I am also beginning to think that with regard to some of the immigration policies, the type of immigrant we are now recruiting has a tendency to want to go to large cities. The immigrant who is coming here as an investment immigrant who invests his money in real estate is not going to go to Canso, Nova Scotia. He is going to go to Vancouver or Toronto.

• 1015

In the early part of the century when my father immigrated there was a clear understanding that the type of immigrants they were looking for, and they were allowing in, were people who were going to be populating the Prairies, people of farm background, and labouring background. They were not recruiting professionals because the professionals would not have gone to the Peace River country. They would have gone to Toronto, maybe to Vancouver. Somehow I think we all of a sudden started to say in our recruitment of immigrants we are selecting people who are not compatible with the areas where we want them.

I really think there are decisions that could be made that would affect where the people are settled by the kind of immigrant that you recruited, and I am wondering if you have comments on that.

Mr. Murphy: I do have a comment in that area. One of the things we want to look at more closely is the pools of people who want to come to Canada. This idea that there are billions of people in the world and they are all sort of aching to come to Canada is probably not correct. The kind of people who come to Canada tend to be just as you were saying, urban, cosmopolitan people who are used to travelling around, to whom the idea of leaving a country and coming to another country is attractive and something actually that is within their ken, as it were. These, as you said, tend to be people who go to Toronto, because one of the studies we did do shows that, for instance, immigrants who come to Canada from India, their occupational income, educational criteria, are more like Canadians than they are like the average Indian. In fact they are more like people who live in Toronto than they are like the average Canadian.

Whether or not this has something to do with our selection criteria, or just the changing nature of the world, is an issue.

Your earlier question, and you have the same question here too, is one of the key ones. Just where is it that we have some leverage? One of the things we would like to do is to get a better idea of who are the people who want to come to Canada, and I think that would answer a fair amount of that question.

We did do one study by Professor Simmons from York, when we tried to estimate immigrant flows from over this

[Translation]

rendre les régions du Canada plus viables et plus attrayantes si l'on veut y attirer les Canadiens.

Je commence aussi à penser que les immigrants auxquels s'adressent nos politiques d'immigration sont des gens qui ont tendance à vouloir s'installer dans les grandes villes. L'immigrant qui vient ici pour investir son argent dans l'immobilier ne va pas aller s'installer à Canso en Nouvelle-Ecosse. Il va s'installer à Vancouver ou à Toronto.

Quand mon père a immigré, il était clair qu'on recherchait et qu'on acceptait des immigrants prêts à aller peupler les Prairies, des gens d'origine paysanne. On ne recrutait pas de professionnels parce qu'ils ne seraient pas allés s'installer dans la région de Peace River. Ils seraient allés à Toronto ou éventuellement à Vancouver. Je crois qu'on s'est dit tout d'un coup que les immigrants qu'on recrutait n'étaient pas compatibles avec les régions où l'on voulait qu'ils s'installent.

Je suis convaincu qu'on pourrait prendre certaines décisions permettant d'orienter les immigrants vers les régions souhaitées, et je me demande ce que vous en pensez.

M. Murphy: J'ai un commentaire à faire à cet égard. Ce que nous voulons faire en particulier, c'est étudier de plus près les réservoirs d'immigrants potentiels. Il est probablement faux de s'imaginer qu'il y a dans le monde des milliards de gens qui brûlent de venir au Canada. Les gens qui viennent s'installer au Canada sont en réalité comme vous l'avez dit des gens cosmopolites de type urbain qui ont l'habitude de voyager, pour qui il peut être intéressant de quitter un pays pour aller s'installer dans un autre. Comme vous l'avez dit, c'est le genre de personne qui va s'installer à Toronto, et l'une des études que nous avons réalisée montre, par exemple, que les immigrants en provenance de l'Inde sont plus proches des Canadiens que de l'Indien moyen par leurs revenus professionnels et leur éducation. En fait, ils sont même plus proches des habitants de Toronto que du Canadien moyen.

Reste à savoir si cela a quelque chose à voir avec nos critères de sélection ou si c'est simplement une évolution de nature générale.

Votre précédente question, et vous avez la même encore ici, est une question clé. De quel levier dispose-t-on? Ce que nous voudrions mieux connaître, c'est la nature des gens qui veulent immigrer au Canada, et je pense que cela nous permettrait d'avoir une bonne partie de la réponse à la question.

Nous avons fait faire une étude par le professeur Simmons de York, pour essayer d'analyser les flux

[Texte]

post-war period looking at various variables. The standard one is the so-called differential levels idea.

It turned out from his study that the major determining variable is not any of these economic or social variables or differences between the countries, but—and actually it was fairly sensible when you think about it—how many people were already here from various areas. There the flow of knowledge thing seemed to be the most significant.

One of the things we might get a much better handle on is just who are these people out there who want to come to Canada, what are their characteristics, and how many are there.

Mrs. Clancy (Halifax): I would like to follow up on Dr. Wilbee's questions earlier about the changing numbers of women in the work force, etc. Is it not true that it really is almost too soon to tell, that the phenomenal numbers of women leaving the home and entering the work force for various reasons is still such a recent development that its far-reaching ramifications, the aging and responses in health, etc., are really not yet the stuff of which imperial studies can be made?

Mr. Murphy: One of the things we tried to do there was to show you that this had a long-term origin, that one graph that showed the proportion of women working outside the home dropping from 90% to around 40%. There are some European countries where it is much lower; 20%, for instance, in Scandinavia.

• 1020

There are always two problems. It is good to know you are in the face of some long-term historical trend and you are not easily going to reverse it. That is one thing.

The other thing is just what you are saying. How that works itself out in the immediate future, or how it is working out right now, is another issue, on which there is not a fair amount of information. One of the things we really do not know is where those curves are going to go next. We talk about how we are going to project some of these curves. I would not know what to do with those three lines. I guess the farmers will continue to go down slightly, although they cannot go much further. But whether or not that other line will go down. . .

As for the implications, it is just as you say. We just do not have enough information on it. I do not think people have studied it enough from that perspective.

Mrs. Clancy: That was going to be my second question, in a sense; and Heaven forbid that I should suggest that demographers should be any more sexist than anybody else. But women, and particularly women who stay at home, have not necessarily been the subject of this kind

[Traduction]

d'immigration au cours de la période de l'après-guerre en fonction de diverses variables. La plus élémentaire est ce qu'on appelle l'idée des niveaux différentiels.

Cette étude a montré que la principale variable déterminante n'est pas l'une de ces variables économiques ou sociales ou de ces différences entre les pays, mais—et c'est assez logique si l'on y réfléchit—le nombre de personnes qui étaient déjà ici en provenance de diverses régions. C'est là que la question de la communication des connaissances semble la plus importante.

Ce qu'il faudrait peut-être mieux cerner, ce sont les caractéristiques des gens qui veulent venir au Canada et leur nombre.

Mme Clancy (Halifax): J'aimerais revenir sur la question posée tout à l'heure par M. Wilbee à propos de l'évolution du nombre de femmes dans la population active. N'est-il pas exact qu'il est presque trop tôt pour se prononcer à ce sujet, que le déferlement de femmes dans la population active pour toutes sortes de raisons est encore tout récent et qu'il n'est pas encore possible de faire des études vraiment approfondies sur toutes les ramifications de ce phénomène, sur la vieillesse, sur la santé etc.?

M. Murphy: Nous avons essayé de montrer ici que ce phénomène remontait assez loin dans le passé, et qu'il y avait un graphique montrant que la proportion de femmes travaillant à l'extérieur était tombée de 90 p. 100 à environ 40 p. 100. Certains pays européens enregistrent un pourcentage beaucoup plus faible; 20 p. 100, par exemple, dans les pays scandinaves.

La situation présente toujours deux aspects. Il est utile, d'une part, de savoir qu'il s'agit d'une tendance historique à long terme qu'il ne sera pas facile de redresser.

D'autre part, et c'est ce que vous venez de dire, on se demande quelles seront les conséquences dans l'avenir immédiat, quels sont les mécanismes en jeu actuellement. C'est là l'autre aspect de la question, et nous n'avons pas beaucoup de données à ce sujet. L'une des choses que nous ignorons totalement, c'est l'évolution future de ces courbes. Nous parlons d'extrapoler certaines d'entre elles. Mais je ne saurais vraiment pas que faire de ces trois courbes. Je pense que le nombre d'agriculteurs va décroître, légèrement, à l'avenir, mais cela ne peut pas aller très loin. Quant à savoir si l'autre courbe va s'abaisser. . .

Quant aux implications, la situation est telle que vous l'avez décrite. Nous n'avons tout simplement pas assez de données à ce sujet. Je ne pense pas que la question ait été suffisamment étudiée de ce point de vue.

Mme Clancy: D'une certaine manière, cela allait être ma deuxième question. Je ne voudrais certes pas suggérer que les démographes seraient plus sexistes que tout autre groupe. Tout de même, les femmes, et particulièrement celles qui demeurent au foyer, n'ont pas toujours fait

[Text]

of research in the past. This is probably something that with the changing patterns in the work force, etc. . . In 10 more years, would you not think it would be more likely there would be more data and more interest because of those very changes?

Mr. Murphy: I would hope there would be in another year or two.

Mrs. Clancy: Really? That soon?

Mr. Murphy: One of the things we are trying to do here is to change these perspectives and change these approaches to things. We do not have much money. We do not have nearly as much as we did the first time around, either, but we are hoping to get. . . We have changed some of the vocabulary.

Mrs. Clancy: I am not attacking you.

Mr. Murphy: No. I am just trying to say that is one of our goals: to try to get it better. If it does take 10 years to get those kinds of studies done, I would think we had failed in one of the things we had set out to do. It is possible we have.

We did make special efforts to try to get women involved at this stage of it. It is one of the things Doug Fisher blasted us for in his column. We did not do that on the selection side, just on the information side. We had a member of our staff go around to seminars and try to encourage women to get involved in research. I wrote to this woman who was heavily involved in women's research, with a real network of people. Just before we went into that tender she gave me a list of names of key researchers who should have been contacted had our communication system worked adequately and had not been, as she said, linked to the "old boy's network". I wrote each one of those a personal letter asking them to be involved.

We have been trying to do that, but it is not quite a Utopian idea. It requires some change, and we are certainly trying to do it.

Mrs. Clancy: Yes, but let us not put it into the realm of the Utopian.

To change the focus altogether, on page 28 of *Charting Canada's Future* I was looking at the graph on immigration, and looking at from 1901 through 1986, and looking at those years, certainly 1911, 1921, 1961, 1971, 1981, if the immigration numbers were to take a jump back to even, say, the 1931 levels, would that have any perceptible impact on the demographic patterns that have come out in this book?

Mr. Murphy: Immigration obviously does have an impact. We are an immigration country. On the other hand, it is a large country—there are 25 million people—

[Translation]

l'objet de ce genre de recherche dans le passé. L'évolution de la composition de la population active, et d'autres facteurs, auront probablement quelque chose à voir à ce sujet. Pourriez-vous nous dire si, dans dix ans, il serait probable que nous aurons plus de données ainsi qu'un intérêt accru pour cette question du fait même de ces changements?

M. Murphy: J'aimerais croire que la situation aura changé dans un an ou deux.

Mme Clancy: Vraiment? Si vite que cela?

M. Murphy: Entre autres choses, nous essayons de modifier les points de vue ainsi que la façon d'aborder ces questions. Nous n'avons pas beaucoup d'argent; en fait, nous en avons nettement moins que lors de notre premier travail. Mais nous espérons obtenir. . . Nous avons modifié une partie de notre vocabulaire.

Mme Clancy: Je ne vous attaque pas.

M. Murphy: Non. J'essaie tout simplement d'indiquer que c'est l'un de nos buts: essayer de faire un meilleur travail. S'il faut dix ans pour que ce genre d'études se réalisent, je pense que nous aurions alors raté l'un de nos objectifs. Ce qui est possible.

Nous avons fourni un effort spécial pour essayer d'intégrer des femmes à cette étape de nos travaux. C'est l'un des aspects qui nous a valu des attaques violentes de la part de Doug Fisher dans sa rubrique. Nous ne l'avons pas fait du côté de la sélection, uniquement en ce qui concerne l'information. Un membre de notre équipe a participé à divers séminaires et a essayé d'encourager des femmes à s'engager dans la recherche. J'ai écrit à une femme qui est plongée dans la recherche sur la condition féminine et qui dispose d'un réseau important de contacts. Juste avant que nous présentions notre soumission, elle m'a donné une liste de personnes clés dans la recherche. Nous aurions approché ces personnes si notre système de communications avait fonctionné de façon satisfaisante et s'il n'avait pas été, comme cette dame me l'a dit, branché sur le «réseau des vieux camarades». J'ai écrit une note personnelle à chacune de ces personnes leur demandant de s'engager.

Nous avons donc essayé de travailler en ce sens, mais ce n'est pas l'utopie. Il faut des changements, et nous essayons certainement de les provoquer.

Mme Clancy: Oui, mais il ne faut pas reléguer cela dans le domaine de l'utopie.

Pour changer complètement de sujet, je vous réfère à la page 28 de *l'Esquisse du Canada de demain*. J'ai examiné le graphique des mouvements d'immigration, et, regardant la période de 1901 à 1986, j'ai noté particulièrement 1911, 1921, 1961, 1971 et 1981. Si le nombre d'immigrants revenait, disons, au niveau de 1931, cela aurait-il des conséquences visibles sur les tendances démographiques qui se dégagent de l'étude?

M. Murphy: Il est évident que l'immigration a des conséquences. Nous sommes un pays d'immigration. D'autre part, notre pays est très vaste—il abrite 25

[Texte]

and we are talking about a net of 80,000 or 120,000 people coming into Canada. About 380,000 babies are born in Canada every year. So the short-term impact would not be that strong on the country as a whole, but the longer-term impact would be.

The other thing that is important about immigration, of course, is the impact on specific areas. The more the immigrants focus themselves on several cities, any changes there have—

Mrs. Clancy: That is true. The impact of those numbers. . . yes.

Mr. Murphy: That is right. In fact, that is one of the problems we have had with economic models, even the couple of models we have had developed for us. They treat immigration as a national phenomenon. They assume immigrants filter—

Mrs. Clancy: Or a municipal phenomenon.

• 1025

Mr. Murphy: Yes, that is right. Certain immigrants may in fact be coming into—we want to get them all and look at the marginality of the question in the sense that they may be coming into certain key markets with certain key skills and key amounts of capital and may have had much more of an impact that just their numbers would suggest.

Mr. White (Dauphin—Swan River): Welcome again, Mr. Murphy. I have a couple of comments and I would like your reaction to them.

First, just to go back to something Mr. Karpoff was saying about the de-population of rural Canada, I have recently read a book that was written on that subject, and it is happening. The rural de-population is happening in every country, in every region of the world, except for Africa.

I do not think as Canadians we can use immigration policy, or any other policy, to reverse that. I think we have to react to it as best we can, because I really do not think it is as simple as coming up with some policy to reverse that trend. There are some very complex agricultural reasons behind the rural de-population and I think it is really simplistic to think we can come up with an immigration policy or a regional development policy that is going to reverse that trend.

The second comment I would like to make deals specifically with health care and the graphs I see on pages 4 and 5 in the English version on the prospects for regional population growth. What concerns me as a Manitoban is the static population in Manitoba as opposed to other parts of the country and what that means for health care—for two reasons. The first reason is that Manitoba is becoming less and less as a percentage of

[Traduction]

millions d'habitants—et nous parlons d'une immigration nette de 80,000 à 120,000 individus. Le Canada enregistre environ 380,000 naissances chaque année. Les conséquences à court terme de l'immigration ne seraient donc pas très importantes, en ce qui concerne l'ensemble des pays, mais elles le seraient à long terme.

L'immigration présente un autre aspect important, naturellement, et c'est son impact sur une région donnée. Plus les immigrants se dirigent vers un certain nombre de villes, et plus les changements dans ces villes. . .

Mme Clancy: C'est exact. Les conséquences d'un tel nombre d'immigrants. . . oui.

M. Murphy: C'est vrai. Enfin, c'est l'une des difficultés posées par les modèles économiques, même les deux modèles que nous avons fait établir pour nos propres fins. Ces modèles traitent l'immigration sur un plan national. L'hypothèse est que les immigrants se dispersent. . .

Mme Clancy: Ce peut être aussi un phénomène municipal.

M. Murphy: Oui, c'est vrai. Il est possible, en fait, que certains immigrants viennent dans. . . enfin, nous voulons les atteindre tous et examiner l'effet marginal de cette situation en ce sens qu'ils peuvent arriver sur certains marchés clés, apportant certaines compétences et des capitaux critiques, ayant ainsi beaucoup plus d'impact que leur nombre, seul, pourrait le faire croire.

M. White (Dauphin—Swan River): A nouveau, soyez le bienvenu, monsieur Murphy. J'ai un ou deux commentaires et j'aimerais avoir votre réaction.

Revenons, tout d'abord, à une remarque de M. Karpoff au sujet du dépeuplement du Canada rural. J'ai récemment lu un ouvrage à ce sujet, et le phénomène est en cours. Le dépeuplement rural se produit dans tous les pays, dans toutes les régions du monde, à l'exception de l'Afrique.

Je ne pense pas qu'en tant que Canadiens nous puissions recourir à une politique de l'immigration, ou à toute autre politique, pour renverser la vapeur. Je pense que nous devons réagir au mieux de nos moyens, mais je ne pense pas qu'il suffise de formuler une nouvelle politique pour changer les choses. Ce dépeuplement rural s'explique par des situations agricoles très complexes, et j'estime qu'il serait très simpliste de croire que nous pouvons formuler une politique de l'immigration ou une politique de développement régional qui renverserait cette tendance.

Mon deuxième commentaire traite spécifiquement des soins de santé et des graphiques que je trouve aux pages 4 et 5 de la version anglaise du document, et qui traite des tendances de la croissance démographique dans les régions. En tant que Manitobain, je me préoccupe de la situation démographique au Manitoba, où la population demeurerait statique, contrairement à ce qui se passe dans d'autres régions, et je me demande quelles seraient les

[Text]

the population of Canada. The second, and most serious concern from my point of view as a rural Manitoban, is that over 60% now of the population of Manitoba lives in the city of Winnipeg. Some of my constituents have to travel 300 miles to get a CAT scan, for example. We do not get the same level of health care in rural Manitoba as the cities do in Canada. Anyone who thinks there is an even distribution of health care in Canada has not been outside of the major centres. That is what concerns me the most, because the people I represent do not get the same level of health care. There is probably not a question there, but if you have any reaction to either of those comments, I would appreciate it.

Mr. Murphy: One of the things we have tried to emphasize here is that most of what we are going through in Canada is part of a trend that all developed societies are going through. This rural de-population, as you say, is clearly one of them. Also, if you see farmers going from 60% of the population down to 2%, you have to expect that there is going to be some impact on the rural population.

With that, though, you have to come to exactly the same kind of question as you have. The question is how do you provide the services for those who are left. One of the things, of course, is the aging. One of the worries that a lot of people have—in fact some of the people we talked about from Manitoba—is that even if you are going to provide the money to provide the services in these areas, the younger people who generally provide them will not be there.

We may be required to really rethink what age groups do what jobs in this country as part of this change to an older society. This question of what happens in the smaller cities is a very important one. You in fact really have to shift the focus. People do think of Canada—they think of Toronto, they think of Ottawa, they think of Montreal, they think of Winnipeg, but they do not think of Brandon and these smaller towns, or even smaller towns, and what is happening there.

We did have a study of rural de-population in Saskatchewan, a very good one by Professor Peter Lee from the University of Saskatchewan. One of the things we are trying to do here is to warn people from false senses of security. He studied two towns, one whose economy was collapsing very rapidly in the commercial life and one whose economy was not. The difference was that the town that was doing well had more older people in it. The younger ones tended to travel to Regina to shop, whereas the older ones did not. It gave a false sense of

[Translation]

conséquences pour les soins de santé, et ceci pour deux raisons. La première est que le Manitoba représente un pourcentage de plus en plus faible de la population du Canada. La deuxième, et la plus grave de mon point de vue de Manitobain rural, est que plus de 60 p. 100 des Manitobains vivent maintenant dans la ville de Winnipeg. Par exemple, certains de mes administrés doivent se déplacer de 300 milles pour un examen tomodynamométrique. Le niveau des soins de santé obtenus dans le Manitoba rural n'est pas celui que l'on retrouve dans les villes du Canada. Si l'on s'imagine que les soins de santé sont les mêmes partout au Canada, c'est qu'on n'est jamais sorti des principaux centres urbains. La population que je représente ne bénéficie pas du même niveau de soins de santé, et c'est ce qui me préoccupe le plus. Tout ceci ne constitue sans doute pas une question, mais si vous pouvez réagir à l'un ou l'autre de ces commentaires, je vous en serai reconnaissant.

M. Murphy: L'une des choses que nous avons essayé de souligner ici, c'est que la plupart des choses qui se passent au Canada font partie d'une tendance que l'on retrouve dans tous les pays développés. Le dépeuplement rural que vous mentionnez fait certainement partie de cette tendance. D'ailleurs, quand la proportion d'agriculteurs dans la population passe de 60 p. 100 à 2 p. 100, il faut s'attendre à ce que ceci ait des conséquences sur la population rurale.

Ayant dit ceci, cependant, il faut en arriver exactement au même point que celui que vous avez soulevé. Il s'agit de savoir comment assurer des services pour les agriculteurs qui restent. Le vieillissement est naturellement l'un des aspects à considérer. Ce qui préoccupe beaucoup de personnes—en fait, certaines personnes à qui nous avons parlé sont des Manitobains—c'est que même si l'on dispose des fonds nécessaires pour assurer les services dans ces régions, la population plus jeune, qui normalement fournit ces services, ne sera pas là.

Avec le vieillissement de notre population, il sera peut-être nécessaire de repenser complètement l'attribution des tâches en fonction de l'âge. Ce qui va se passer dans les petites villes pose une question très importante. Il faut alors modifier sa façon de voir les choses. Quand on parle du Canada, on pense souvent à Toronto, à Ottawa, à Montréal, à Winnipeg, mais on ne pense pas à Brandon et à ces autres petites villes, ou à des villes plus petites encore et à ce qui se passe dans ces communautés.

Nous disposons d'une excellente étude réalisée par le professeur Peter Lee, de l'université de la Saskatchewan, concernant le dépeuplement rural dans la Saskatchewan. L'un de nos objectifs est d'attirer l'attention sur le danger présenté par un faux sentiment de sécurité. Le professeur Lee a étudié deux villes; l'une d'elles voyait sa vie économique commerciale s'effondrer très rapidement, alors que l'autre tenait le coup. La ville prospère avait une population âgée plus importante. Les jeunes avaient tendance à faire leurs achats à Regina, alors que les

[Texte]

security there, because those people were going to be gone relatively soon and were not going to be replaced. These are the kinds of indicators you have to focus on.

• 1030

Also, the problem of the rural population does not seem to be so strong in all parts of the country. I do not want to get into Canso, but certainly in the Maritimes and the Atlantic Provinces it seems to be a less striking issue than in the Prairies.

Mr. Karpoff: Because it is more diversified. The Prairies has solely agriculture, whereas the Maritimes has had some industry, some fishing, as well as some agriculture.

Mrs. Clancy: With the greatest of respect, it depends on where you are. It sure as hell does not work in Canso or Lockeport.

Mr. Murphy: It is not a good time to bring up that particular subject.

Mr. Karpoff: But there has never been any fishing north of Brandon.

Mrs. Clancy: I have heard there are a few good pools.

The Chairman: Perhaps, on that note, we could conclude. I am sure there are many questions we could ask and will have from time to time, but, Dr. Murphy and Ms Rudko, I would like once again to extend to you our sincere thanks for appearing before the committee. It is an indication of the interest the members have in the subject, and, as we indicated to you earlier, I would hope that from time to time as we progress with our study we can make arrangements to have you perhaps update us. Thank you very much for appearing here once again today, and I look forward to meeting with you again.

Mr. Murphy: Thank you.

The Chairman: We will have a short break before an in camera meeting with recording for the members of the committee.

[Traduction]

personnes plus âgées ne le faisaient pas. Ceci donnait un faux sens de sécurité, parce que ces personnes âgées allaient disparaître relativement rapidement et ne seraient pas remplacées. Ce sont les genres d'indicateurs qu'il faut retenir.

D'autre part, la question de la population rurale ne semble pas avoir la même importance dans toutes les régions du pays. Je ne voudrais pas soulever la question de Canso, mais certainement les provinces maritimes et atlantiques semblent présenter un problème moins frappant que celui des Prairies.

M. Karpoff: Parce que l'économie est plus diversifiée. Les Prairies dépendent complètement de l'agriculture, alors qu'on trouve dans les Maritimes de l'activité industrielle, des pêches, ainsi qu'un certain niveau d'agriculture.

Mme Clancy: Excusez-moi, mais tout dépend de l'endroit où l'on se trouve. Cela n'est certainement pas vrai de Canso ou de Lockeport.

M. Murphy: Je ne pense pas que ce soit le bon moment pour en parler.

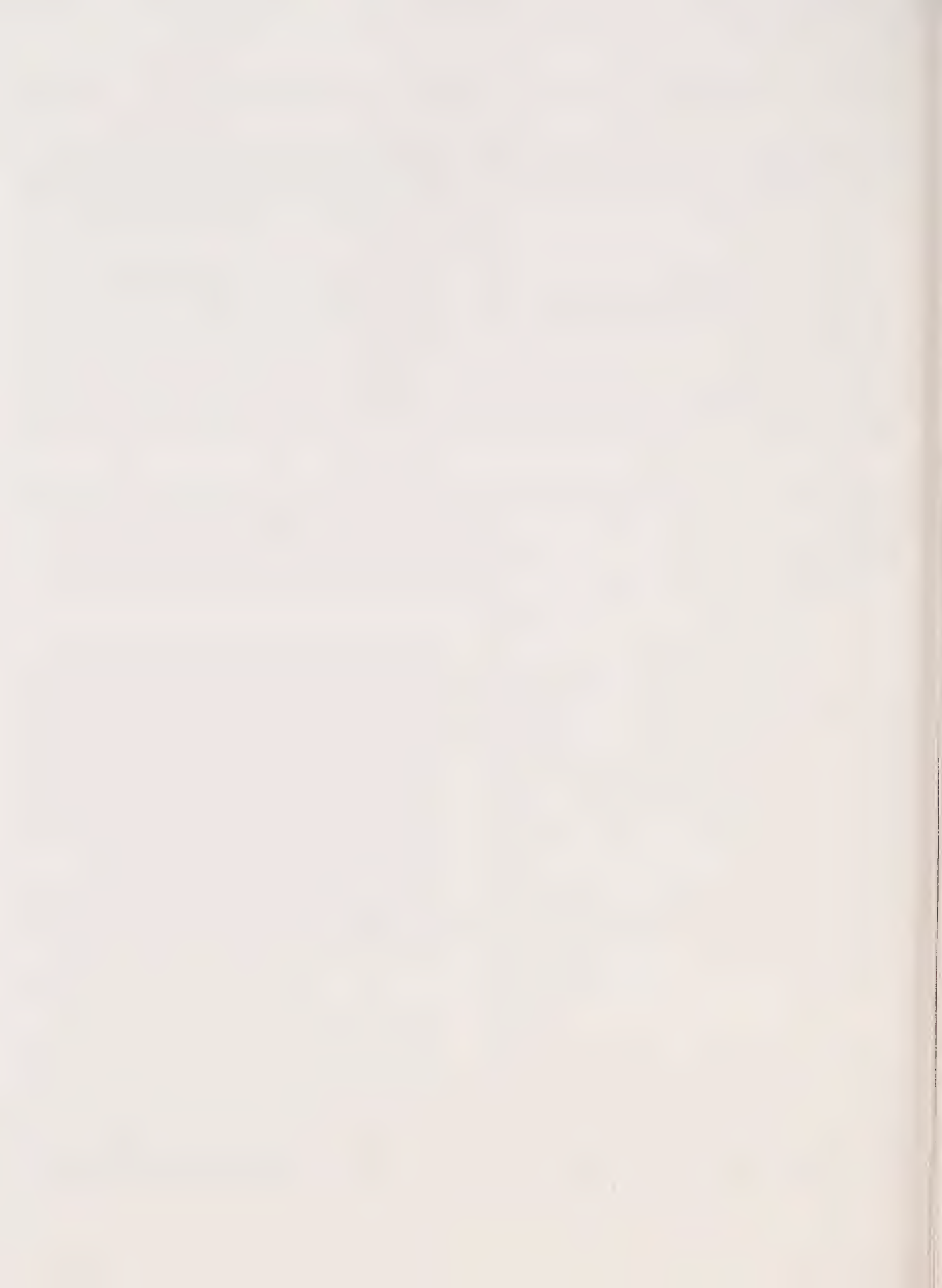
M. Karpoff: On n'a jamais pêché au nord de Brandon.

Mme Clancy: J'ai entendu parler de quelques bons trous d'eau.

Le président: Nous pourrions peut-être conclure sur cette note. Je suis sûr que nous pourrions poser bien d'autres questions, mais, pour le moment, je voudrais à nouveau remercier le Dr. Murphy et M^{me} Rudko d'avoir bien voulu comparaître devant notre comité. Ceci reflète l'intérêt que les députés portent à ce sujet, et, comme nous l'avons déjà dit, j'espère que de temps à autre, au fur et à mesure de l'avancement de nos travaux, nous pourrions prendre les dispositions nécessaires pour que vous puissiez nous tenir au courant. Merci donc beaucoup d'être venus ici aujourd'hui, et j'espère pouvoir vous rencontrer à nouveau à l'avenir.

M. Murphy: Merci.

Le président: Nous allons prendre une brève pause avant de reprendre la réunion, à huis clos, avec enregistrement.





*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESS

From the Department of National Health and Welfare:

E. Michael Murphy, Secretary, Review of Demography
and its Implications for Economic and Social Policy.

TÉMOIN

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

E. Michael Murphy, secrétaire, Étude de l'évolution
démographique et de son incidence sur la politique
économique et sociale.

11

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 15

Tuesday, February 6, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 15

Le mardi 6 février 1990

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

**Health and Welfare,
Social Affairs,
Seniors and the
Status of Women**

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

**Santé et du
Bien-être social, des
Affaires sociales, du
Troisième âge et de la
Condition féminine**

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of
the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude
du régime de soins de santé au Canada et de son
financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, FEBRUARY 6, 1990

(21)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:05 o'clock a.m. this day, in Room 308 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin and Stanley Wilbee.

Acting Members present: Bob Kilger for Paul Martin; Beth Phinney for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the University of Ottawa: Jane Fulton, Professor, Faculty of Administration. *From the National Advisory Council on Aging:* Susan Fletcher, Director; Joel Aldred, Member of the Ontario Advisory Council on Aging; Judith Stryckman, Chief of Research and Policy Development.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Jane Fulton, from the University of Ottawa, made a statement and answered questions.

At 10:05 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 10:09 o'clock a.m., the sitting resumed and representatives from the National Advisory Council on Aging appeared before the Committee.

Joel Aldred, from the National Advisory Council on Aging, made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 6 FÉVRIER 1990

(21)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 05, dans la pièce 308 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin et Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Bob Kilger remplace Paul Martin; Beth Phinney remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: De l'Université d'Ottawa: Jane Fulton, professeure, Faculté d'administration. *Du Conseil consultatif national sur le troisième âge:* Susan Fletcher, directrice; Joel Aldred, membre du Conseil consultatif de l'Ontario sur le troisième âge; Judith Stryckman, chef, Recherche et développement des politiques.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

Jane Fulton, de l'Université d'Ottawa, fait un exposé et répond aux questions.

A 10 h 05, la séance est suspendue.

A 10 h 09, la séance reprend, et les témoins du Conseil consultatif national sur le troisième âge témoignent.

Joel Aldred, du Conseil consultatif national, fait un exposé puis, avec les autres témoins, répond aux questions.

A 11 h, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Tuesday, February 6, 1990

• 0905

The Chairman: Order. Pursuant to Standing Order 108, the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding. We are privileged this morning to have with us Dr. Jane Fulton of the Faculty of Administration of the University of Ottawa. The subject is the health care issues that need to be addressed in the next few years.

We thank you very much for appearing before our committee. I gather you have a slide presentation you would like to present this morning.

Ms Jane Fulton (Faculty of Administration, University of Ottawa): It is a great pleasure to be here.

This is my first opportunity to appear as a witness before a committee such as this and I was not sure whether I could treat you as friends or whether I needed to be slightly intimidated by the environment. So I elected to treat you as friends and to begin in a communication fashion I use very often to help an audience to understand who I am and where I come from.

Our family has been living in this country since 1675. We love it very much.

Some of the things I describe and discuss irritate people, especially some of the vested interests in Canada. As many of you know, I do a radio show on CBC every Wednesday morning called *Health Watch*, in which I try to take to task various significant players in Canada: the pharmaceutical companies, the powerful physician groups, hospital administrators, nurses—nobody seems to have escaped so far.

What I would like to start off doing is to describe to you how I feel Canadians perceive the health system, and one of the ways I like to do this is to use some of our famous Canadians themselves. This is an Ottawa cartoonist whose cartoon was published in the *Times-Colonist*. The caption is "Hurry, hurry: we only have five minutes left before this year's government funding runs out".

Canadians have become very dependent on the sole funding of government agencies. One of the things for us to remember, of course, is that most of the power in the health system is not here in Ottawa. Under the Constitution it rests in the provinces. So any deliberations you make will need to be tempered by the role allowed provincial governments.

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mardi 6 février 1990

Le président: La séance est ouverte. En vertu de l'article 108 du Règlement, le comité continue son examen du régime de soins de santé au Canada et de son financement. Nous avons ce matin le privilège de recevoir M^{me} Jane Fulton, de la Faculté d'administration de l'Université d'Ottawa. Elle nous parlera des questions de santé sur lesquelles il faudra se pencher au cours des prochaines années.

Nous vous remercions de comparaître devant le comité. Je crois que vous avez l'intention de nous présenter des diapositives.

Mme Jane Fulton (Faculté d'administration, Université d'Ottawa): Je suis très heureuse d'être ici.

C'est la première fois que je comparais comme témoin devant un comité comme celui-ci. Je ne savais pas si je devrais vous considérer comme des amis ou si j'allais me retrouver dans un environnement quelque peu intimidant? J'ai choisi de vous traiter comme des amis et de commencer mon exposé comme je le fais souvent avec d'autres groupes afin qu'ils comprennent qui je suis et d'où je viens.

Ma famille vit au Canada depuis 1675. Nous aimons beaucoup notre pays.

Mes sujets de discussion peuvent irriter certaines personnes, surtout celles qui ont des intérêts particuliers. Comme beaucoup d'entre vous le savent, j'anime le mercredi matin une émission radiophonique, «*Health Watch*», à Radio-Canada. J'y prends à partie divers groupes importants dans le domaine de la santé au Canada: les sociétés pharmaceutiques, les puissants groupes de médecins, les administrateurs d'hôpitaux, les infirmières. Jusqu'ici, il semble que personne n'y ait échappé.

J'aimerais commencer par vous décrire comment les Canadiens perçoivent le système de santé. J'aime bien procéder en me référant à certains Canadiens célèbres. Prenons ce dessinateur humoristique d'Ottawa dont les oeuvres paraissent dans le *Times-Colonist*. Ici, le chirurgien dit: «Dépêchons-nous, plus que cinq minutes avant que les fonds du gouvernement ne soient épuisés.»

Les Canadiens sont devenus très dépendants du financement des organismes gouvernementaux. Il faut pourtant se rappeler que ce n'est pas Ottawa qui a le pouvoir en matière de santé. En vertu de la Constitution, il s'agit d'une responsabilité des provinces. Il vous faudra donc, dans vos délibérations, tenir compte du rôle confié aux gouvernements provinciaux.

[Texte]

The second thing that is important in Canada is that we are becoming much more litigious; and this is true in health care as in other environments. This young woman has asked for a lawyer.

We are seeing a lot more litigation at the beginning of life than we ever have before: parents who wish to discontinue support for a severely handicapped infant; parents who wish to continue support when all medical advice is against it.

The third thing happening in Canada is that we are experiencing a tremendous burst in high technology. This is just a back-up system for your pacemaker.

Many patients are very concerned about the impact of technology on their lives. As we begin to experience more resource constraints in this country, most provinces have focused their attention on maintaining the health budget at 33% of the gross provincial budget, and this has created for many provinces waiting lists in areas of very popular kinds of surgery. This 55-year-old smoker, male, is praying, "Now I lay me down to sleep, I pray the Lord my soul to keep; if the wait should make me die, I hope the next in line is a more deserving guy".

This is, of course, in response to the line-up for coronary artery by-pass surgery at St. Michael's Hospital in Toronto last year. The provincial government response has been to put in a \$3 million heart unit at Sunnybrook Hospital, which may or may not solve the problem. There are bursts of popularity in by-pass surgery and bursts of no line-ups at all. So you can see the knee-jerk political reaction occurring at Queen's Park to perceived needs in the community.

The other thing happening in Canada is that we are spending an enormous amount of money on what are called "little-ticket items": diagnostic tests, procedures, radiology, and CAT scans that may not be needed. This physician wants to run a CAT scan just to make sure.

• 0910

Finally, we are experiencing a shift in what patients want, what patients expect, and what patients are willing to do in order to contribute to their own health and well-being. This patient has noticed that the machine is making a funny noise and the light is going in a straight line and he would like to advise someone of that situation.

Finally, being in Ottawa you are aware of the power of the Supreme Court and some of the dilemmas we are now facing with the new abortion legislation and the hearings surrounding that. The Canadian public appears to be polarized. For many abortion is a health issue; for many others it is a social issue. But what has the largest impact on health providers in Canada is no longer the medical profession, or the nursing profession, or the patient. Who is involved with defining what is the beginning of life? It

[Traduction]

Une autre chose est importante au Canada: il y a de plus en plus de poursuites, dans tous les domaines et notamment celui de la santé. Cette jeune femme a demandé un avocat.

Les poursuites au début de la vie sont beaucoup plus nombreuses qu'auparavant. Des parents veulent l'interruption des soins donnés à un nourrisson gravement handicapé; d'autres veulent que ces soins soient maintenus, à l'encontre des conseils du personnel médical.

Troisièmement, il y a au Canada une forte percée de la haute technologie. «C'est simplement le moteur de rechange de votre stimulateur cardiaque».

Beaucoup de patients s'inquiètent des incidences de la technologie sur leur vie. À mesure que les restrictions budgétaires s'accroissent, la plupart des provinces se sont efforcées de maintenir leur budget de santé à 33 p. 100 de leur budget total. Dans beaucoup de provinces, il en est résulté des listes d'attente pour des opérations courantes. Ce fumeur de 55 ans prie: «Avant de m'endormir, je remets mon âme entre Vos mains; si je meurs pendant cette attente, j'espère au moins que le suivant sur la liste est quelqu'un de plus méritant que moi.»

Ce dessin humoristique a évidemment été créé en réaction à la liste d'attente pour les pontages coronariens à l'hôpital St. Michael's de Toronto, l'an dernier. La solution du gouvernement provincial a été d'investir 3 millions de dollars dans le service de cardiologie de l'hôpital Sunnybrook, ce qui n'a peut-être pas réglé le problème. Il y a en effet des périodes de pointe pour les pontages et des moments où il n'y a pas d'attente du tout. On voit bien que Queen's Park a réagi immédiatement, pour répondre à court terme aux besoins perçus de la collectivité.

Au Canada, nous dépensons également beaucoup d'argent pour les petites interventions: tests de diagnostic, diverses procédures, radiographies et scanographies qui ne sont pas toujours nécessaires. Ainsi, ce médecin veut procéder à une scanographie «au cas où».

D'autres changements se produisent dans ce que les patients veulent, ce à quoi ils s'attendent et ce qu'ils sont prêts à faire eux-mêmes pour leur santé et leur bien-être. Ce patient a remarqué que «l'appareil fait un drôle de bip et que le point lumineux suit une ligne droite»; il aimerait bien en informer quelqu'un.

Enfin, comme vous êtes à Ottawa, vous êtes bien conscients de la puissance de la Cour suprême, du dilemme qu'il nous faut résoudre en ce qui concerne l'avortement et tout le bruit qui l'entoure. Il semble que l'opinion publique canadienne soit polarisée. Pour beaucoup, l'avortement est une question de santé; pour d'autres, il s'agit d'une question de société. Aujourd'hui, ce ne sont plus les médecins, ni les infirmières, ni les patients qui ont la plus grande influence sur les services

[Text]

is the Supreme Court. And here is the Supreme Court. It has have come down with a determination of the beginning of life in Canada. Life begins at 40!

Now if I could change gears and get on with what you brought me here for, which is to talk about what I think are important questions in terms of health policy for the federal government in order to make it possible for us to continue to provide health care at one of the highest levels that we know of in civilized and industrialized nations. We do not spend the most in terms of per capita expenditure or percent of our gross national product on health. The United States is ahead of us. However, we are right behind them. We spend more than most nations whose health by most standards is better than ours. We spend more than Sweden, more than Finland, more than Denmark, and we do not live longer; we have higher infant mortality, and we have higher levels of chronic disease.

One then has to ask the question: Is it the provision of health services that makes a nation healthy, or is it something else? My theme this morning is that as a powerful committee examining health and welfare, and senior services in Canada, you should not be asking the question: What should we do with health services? Instead, you should be asking the question: What should we be doing with public policy to make the nation healthy? In my view we do not need to spend any more money on health care. We need to spend money on housing, on transportation and on the environment.

Here are the areas in which I think you have some policy power under the Constitution, and areas in which I think this committee has an opportunity to ask tough questions and make strong recommendations to change the way the country functions over the next decade.

The first one is manpower. It is quite clear from all sources that we have too many physicians in Canada and not enough nurses. We have created a maldistribution of specialized resources in this field. There are 20,000 unemployed physicians in Europe; they paint houses, they drive taxis, and they run restaurants. We need some unemployed physicians in Canada. This is an over-utilized group in terms of their ability to impact health.

The second thing is that I think the federal government has an opportunity to determine the effectiveness of particular approaches to service delivery. The provinces are so busy trying to deliver, they are not in a position to think carefully about the effectiveness of the style of delivery. I think the federal government can take leadership here, just as it did with the Canada Health Act, to initiate research which says: Here are the kinds of things that are done better in the community, and here are the kinds of things for which we really need hospitals. We are not using hospitals as well as we could.

The third powerful area for you in policy, I think, is the organization of delivery, to try to create incentives for,

[Translation]

de santé au Canada. Qui doit décider du moment où commence la vie? C'est la Cour suprême. La voici. Elle a pris une décision à ce sujet: la vie commence à 40 ans!

Je vais maintenant changer de registre et vous parler de la raison qui m'a amenée ici. Je vais traiter des questions qui me semblent importantes dans le domaine de la santé pour le gouvernement fédéral, afin que nous puissions continuer à offrir des soins de santé à un des niveaux les plus élevés des pays civilisés et industrialisés. Ce n'est pas le Canada qui dépense le plus par personne ou en pourcentage du produit intérieur brut. Ce sont les États-Unis, que nous suivons de près. Nous dépensons plus que la plupart des nations dont la santé est meilleure que la nôtre, quelle que soit la norme. Nos dépenses sont plus élevées que celles de la Suède, de la Finlande et du Danemark mais nous ne vivons pas plus longtemps; notre taux de mortalité infantile est plus élevé, tout comme celui des maladies chroniques.

Il faut donc se poser la question: est-ce qu'un pays est en bonne santé grâce aux soins qui y sont offerts ou y a-t-il une autre raison? J'aimerais vous convaincre ce matin qu'en tant que comité doté de certains pouvoirs et responsable de l'examen de la santé, du bien-être et du service aux personnes âgées au Canada, vous ne devez pas vous demander ce qu'il faut faire au sujet des soins de santé, mais plutôt comment les politiques gouvernementales peuvent garantir la santé du pays. À mon avis, il n'est pas nécessaire de dépenser davantage pour les soins de santé. Il faut plutôt investir dans le logement, le transport et l'environnement.

Voilà des domaines où la Constitution vous donne certains pouvoirs et au sujet desquels votre comité peut poser des questions pertinentes et faire des recommandations fermes afin de changer le mode de vie au pays au cours de la prochaine décennie.

Le premier aspect à considérer est celui de la main-d'œuvre. D'après bien des sources, il est clair que nous avons trop de médecins et pas assez d'infirmières. Nous avons fait une mauvaise répartition des ressources spécialisées dans le domaine de la santé. En Europe, il y a 20,000 médecins qui ne travaillent pas dans leur domaine: ils sont peintres en bâtiment, chauffeurs de taxi ou propriétaires de restaurant. Il nous faut des médecins sans emploi au Canada. Ce groupe est surutilisé si on considère son incidence sur la santé du pays.

Deuxièmement, je crois que le gouvernement fédéral peut évaluer l'efficacité de certaines façons d'aborder les soins de santé. Les provinces sont tellement occupées à offrir des services qu'elles n'ont pas le temps de réfléchir à l'efficacité de leur fonctionnement. J'estime que le gouvernement peut faire preuve de leadership, comme il l'a fait avec la Loi canadienne sur la santé, et financer des études qui distingueraient entre les services qu'il est préférable d'offrir au sein de la communauté et ceux qui doivent être fournis par des hôpitaux. Nous n'utilisons pas les hôpitaux aussi bien que nous le pourrions.

Le troisième domaine où vos politiques pourraient être utiles est celui de l'organisation des soins à fournir. Vous

[Texte]

perhaps, moving some services into the community and for, perhaps, making some institutional services more available to those who need them. Take an example. Some 50% of the long-term care beds in Ottawa—Carleton are filled by patients whose diagnosis is dementia. Dementia comes primarily from an illness called Alzheimer's disease. When Alzheimer patients who are very seriously ill are kept at home, the spouse dies before the patient. Now we need to have some ability at a national level to put research emphasis in areas like this to promote the well-being of all Canadians, not just the person who is diagnosed as sick but the person who is the caregiver.

[Traduction]

pourriez créer des mesures incitatives pour que, par exemple, certains services soient maintenant offerts par la communauté ou pour que certains établissements soient plus facilement accessibles à ceux qui en ont besoin. Prenons un exemple. Dans la région d'Ottawa—Carleton, environ 50 p. 100 des patients qui occupent des lits réservés aux maladies chroniques sont atteints de démence. La cause de cette démence est dans bien des cas la maladie d'Alzheimer. Quand un patient gravement atteint de la maladie d'Alzheimer est gardé à la maison, son conjoint meurt avant lui. Il faudrait donc que nous puissions, au niveau national, consacrer des fonds à la recherche dans des domaines comme celui-ci, afin de promouvoir le bien-être de tous les Canadiens, non seulement les malades mais également ceux qui en prennent soin.

• 0915

The fourth most powerful role for the federal government, as I see it, is prevention, because the provinces are very vulnerable to powerful vested-interest groups. We can see this, certainly, in Ontario right now as the Ontario government tries to redraft the Public Hospitals Act. It is probably the single most powerful piece of legislation in Ontario. It controls \$15 billion a year of public money. It has not been opened since 1931. It has been opened this year. Fifteen powerful vested-interest groups have been brought around a table about this size and the minister has said: redraft me an act. I think there will be so much infighting that there will not be much progress, and prevention is at the bottom of the list.

I believe the federal government has become one of the most highly recognized governments in the world for its work in health promotion and disease prevention, and that should continue.

Finally, there is an opportunity to create an environment in which collaboration between medical and social services can be enhanced. At the moment in all provinces but one, New Brunswick, health and social services fight with each other. It is time to put those two together, because, as I said before, for me health is not just a physical thing. Health is an emotional and social and educational thing, and all of those impact on the well-being of the person.

Do you want to stop me now or wait until I am finished? Does anybody want to take me to task? You whispered, "Nova Scotia".

Mrs. Clancy (Halifax): Yes. The health and social services are separate in Nova Scotia, too.

Ms Fulton: Together, or separate?

Mrs. Clancy: Separate.

Ms Fulton: Yes. They are separate in every province, to my knowledge, except New Brunswick.

La prévention est le quatrième domaine où le gouvernement fédéral peut jouer un rôle majeur, parce que les provinces, elles, sont trop vulnérables face à des groupes d'intérêts puissants. On peut en voir un excellent exemple en Ontario, où le gouvernement tente une réforme de la Loi sur les hôpitaux publics. C'est sans doute une des lois qui témoignent le plus du pouvoir du gouvernement en Ontario. Elle régit l'utilisation de fonds publics de l'ordre de 15 milliards de dollars. Cette loi n'a pas été modifiée depuis 1931. On veut le faire cette année. Quinze groupes d'intérêts très puissants ont été réunis autour d'une table de la taille de celle-ci et le ministre leur a demandé de remanier la loi. Je crois qu'ils ne feront pas beaucoup de progrès à cause de toutes leurs disputes. La prévention est évidemment la dernière de leur priorité.

J'estime que le gouvernement fédéral est maintenant l'un des gouvernements les plus reconnus pour son travail dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Cela doit continuer.

Enfin, il pourrait créer un environnement propice à une meilleure collaboration entre les services médicaux et sociaux. Actuellement, dans toutes les provinces, sauf le Nouveau-Brunswick, les services de santé luttent contre les services sociaux. Il est temps de les réunir puisque, comme je l'ai dit plus tôt, la santé n'est pas pour moi uniquement physique. La santé a également des aspects émotifs, sociaux et éducationnels. Tous sont importants pour le bien-être de la personne.

Voulez-vous que j'arrête maintenant ou que je finisse? Quelqu'un veut-il me mettre à l'épreuve? Vous avez chuchoté «la Nouvelle-Écosse».

Mme Clancy (députée de Halifax): Oui. Les services de santé et les services sociaux sont distincts en Nouvelle-Écosse également.

Mme Fulton: Réunis ou distincts?

Mme Clancy: Distincts.

Mme Fulton: Oui. Que je sache, ils sont séparés dans toutes les provinces sauf au Nouveau-Brunswick.

[Text]

Mrs. Clancy: Oh, I am sorry. I thought you were saying that New Brunswick is the only one where it is not. I am sorry. Thank you.

Ms Fulton: Here is a bit of the business school approach. Currently in Canada I believe we are functioning in an area where health and other benefits are in conflict with each other. On the left-hand side I have a little box that says, "The government uses governing instruments to encourage social and individual compliance". Your most powerful form of governing instrument, of course, is the power to tax, but you use many others. You use suasion; you use Crown corporations; you use transfer payments—all kinds of things to encourage people to do what you believe is in the best interest of the country.

On the other side are individuals and business groups who use political and economic constraints that encourage individual choice. Those people want to do it their way; you want people to do it your way. So in the environment in between, health and other benefits are the bargaining chips, and some changes in Canadian culture and Canadian society are changing the kinds of chips that are used for balancing individual and public choice.

As we get into the question-and-answer session, this then leads me to some of my arguments for the opportunity for competition in health care services and perhaps the need for a two-tiered system.

We in Canada have been functioning for the last 100 years under the column on the right, called "Medical Model". The goal of the medical model is that we bring patients into the hospital; patients come to the hospital. With the Diagnostic Services Act of 1957, the federal government said to provinces: we have all the money in the world, please build hospitals and we will fund them to the maximum of our ability, one dollar of ours for one dollar of yours, and by the way if you do not have a dollar then we will give you two dollars. So we built a lot of hospitals, certainly after the Second World War until about 1970. So doctors brought patients to the hospitals.

The focus of the medical model is that doctors make decisions about patients. Funding is done centrally. It is primarily fee for service in Canada. We have more fee for service than any nation on the face of the earth. The United States has far more salaried physicians than we do. It is one of the mechanisms by which they control expenditures in the competitive units like HMOs and HSOs and preferred provider systems in the United States. They are doing that better than we are, and we can learn from them.

Finally, the management style is very authoritarian. Doctors drive decisions. The medical advisory committees are the most powerful groups in hospitals. High

[Translation]

Mme Clancy: Ah, désolée. J'avais compris que le Nouveau-Brunswick était la seule province où ces services étaient réunis. Désolée, je vous remercie.

Mme Fulton: Voyons les choses maintenant sous l'angle d'un cours de commerce. Actuellement, au Canada, il y a des conflits entre les services de santé et d'autres services. À gauche, dans une petite case, j'ai écrit: «le gouvernement utilise les moyens dont il dispose pour encourager les sociétés et les particuliers à se conformer à ses désirs». Le moyen le plus efficace du gouvernement est bien sûr le pouvoir de taxation, mais il en a bien d'autres. Il peut utiliser la pression morale, les sociétés de la Couronne, les paiements de transfert. Tous ces moyens peuvent servir à encourager les gens à faire ce que vous estimez être bon pour le pays.

De l'autre côté, il y a les particuliers et les groupes d'affaires qui se servent des contraintes politiques et économiques pour encourager le choix personnel. Ces personnes veulent agir à leur guise alors que vous voulez qu'ils agissent à votre façon. Entre ces gens et le gouvernement, il y a les enjeux des soins de santé et des autres services gouvernementaux. Mais voilà que l'évolution de la culture et de la société canadiennes change les enjeux qui servaient à équilibrer les choix personnels et publics.

Quand nous passerons à la période des questions, j'aimerais vous présenter mes arguments pour un accroissement de la concurrence dans les services de santé, de même qu'au sujet de la nécessité d'avoir un système à deux volets.

Au Canada, nous fonctionnons depuis un siècle selon le modèle de la colonne de droite: le modèle médical. L'objectif du modèle médical est d'amener des patients à l'hôpital; les patients se présentent à l'hôpital. Avec la Loi sur les services diagnostiques de 1957, le gouvernement fédéral a déclaré aux provinces: notre fortune est incalculable, veuillez construire des hôpitaux que nous financerons au maximum de nos moyens, c'est-à-dire que nous donnerons un dollar en contrepartie de chaque dollar que vous dépenserez. En passant, si vous n'avez pas d'argent, nous financerons le tout. On a donc construit beaucoup d'hôpitaux, surtout après la Deuxième Guerre mondiale et jusqu'en 1970 environ. Et les médecins ont amené des patients dans les hôpitaux.

Dans le modèle médical, ce sont les médecins qui prennent des décisions au sujet des patients. Le financement se fait centralement. Au Canada, il s'agit d'un système de rémunération à l'acte. Il y a davantage de rémunération à l'acte au Canada que dans tout autre pays du monde. Même les États-Unis comptent davantage de médecins salariés que nous. C'est pour eux une façon de limiter les dépenses des services soumis à la concurrence comme les HMO, les HSO et les services laissés au choix des patients. C'est une chose qu'ils font mieux que nous et que nous pourrions prendre comme modèle.

Enfin, le style de gestion est très autoritaire. Les médecins prennent les décisions. Les comités médicaux consultatifs sont les groupes les plus puissants au sein des

[Texte]

technology grows because physicians believe they should have it because they are advocates for the patient. And we have in Canada a nation-wide nursing shortage.

For the last ten years a group of academics and practitioners has been pushing what is called the "social model". This is where home care comes from, and hospital in the home, and community outreach programs. The first thing is that the goal of the social model is that the service comes to the patient. This is where community health centres become more popular. The focus is that patients make decisions with doctors or patients make decisions on their own. Doctors do not make all of the decisions.

• 0920

Here we begin to see the dilemma between two young parents whose baby is born with hydrocephalus or spina bifida and will be retarded and a quadriplegic all her life. The parents say to please not feed this baby and please let this baby die.

In a medical model, the physician would say he has been trained to protect life, the length of life is the most important thing, and we will feed this baby and nourish this baby and put her in an institution all her life.

The parents say under the social model it is the quality of life that is important to them and this little baby will never interact in a human way with any other organism on the face of the earth, so please do not let this baby suffer. This is the beginning of what is called the social model.

Funding tends to be capitation based or program based. We are seeing many provincial governments shift from the medical model to the social model in how they fund. I hope you ask me the question: How do we create a health system in the future that is not as negligent towards well-being as our system now?

We pay for hospitals based on the number of beds in them, not on what happens to the people in the hospital. We need to change the way we fund. If we do that, we change the way people behave towards other humans who are sick.

Finally, the management style of the social model is participatory. Boards of trustees are really involved with setting priorities. However, we do not know whether the social system is more efficient because we have no data. This is why I believe the federal government has a very powerful opportunity to change the way we deliver health care services. It is your money and mine, and we are not doing well with it.

In my work in the last year with the provincial governments of Canada, first as a witness to the royal commission on health in New Brunswick and now as the director of research for the new Public Hospitals Act in Ontario, I have come with my antenna up to what I think

[Traduction]

hôpitaux. On investit dans la haute technologie parce que les médecins disent en avoir besoin et parce qu'ils représentent les patients. Pendant ce temps, dans tout le Canada, nous manquons d'infirmières.

Depuis 10 ans, un groupe d'universitaires et de praticiens fait la promotion du modèle social. C'est ce modèle qui a donné lieu aux soins à domicile, aux soins hospitaliers à domicile et aux programmes de services communautaires. Dans le modèle social, le service est donné de manière à ce que le patient se déplace le moins possible. D'où la popularité des centres de soins communautaires. De plus, les patients prennent des décisions avec ou sans leur médecin. Ce ne sont pas les médecins qui prennent toutes les décisions.

On peut appliquer ces deux modèles au dilemme de deux jeunes parents dont le bébé, hydrocéphale ou atteint de spina bifida, sera déficient mentalement et quadriplégique pour le reste de ses jours. Les parents demandent qu'on cesse de nourrir le bébé et qu'on le laisse mourir.

Dans le modèle médical, le médecin dirait qu'il a été formé pour protéger la vie, que la longévité est ce qui compte le plus et que l'enfant sera nourri et gardé en institution toute sa vie.

En vertu du modèle social, les parents disent que ce qui compte pour eux, c'est la qualité de la vie; que cet enfant ne pourra jamais avoir de contact humain avec qui que ce soit et qu'il ne faut pas le laisser souffrir. C'est la base de ce qu'on appelle le modèle social.

Le financement des soins de santé repose surtout sur des honoraires fixes ou sur des programmes. Beaucoup de gouvernements provinciaux passent du modèle médical au modèle social pour ce qui est du financement. Je souhaite que vous me posiez cette question: comment créer un système de santé qui à l'avenir ne négligera plus autant le bien-être de ceux qui en dépendent?

Les fonds accordés aux hôpitaux sont fonction du nombre de lits et non de ce qui arrive aux gens qui y séjournent. Il faut changer le mode de financement. Ce faisant, nous changerons également le comportement des gens vis-à-vis des malades.

Enfin, le modèle social prévoit que la participation fait partie de la gestion. Les conseils d'administration participent réellement au choix des priorités. Malheureusement, nous ne savons pas si le modèle social est plus efficace, faute de données. C'est pourquoi je crois que le gouvernement fédéral a une merveilleuse occasion de changer la façon d'offrir des soins de santé. C'est votre argent et le mien, et il n'est pas bien dépensé.

Au cours de ma collaboration des douze derniers mois avec les gouvernements provinciaux du Canada, d'abord en tant que témoin devant la Commission royale sur la santé au Nouveau-Brunswick et maintenant en tant que directrice de la recherche en vertu de la nouvelle Loi sur

[Text]

might be the model that will be used by the provincial governments in the year 2000.

I think it is worth talking about. What happens at the federal level will have its biggest impact five years or ten years from now. The year 1990 is not when the impact of this committee will be felt.

The provincial governments, in my view, are moving very quickly towards what I call a cost-benefit model. It is different from anything we have seen before. You have to remember I am an academic and so I can occasionally bullshit and escape with that.

First of all, the goals of this new model are that service delivery will be limited to the least intensive level. This is my argument for the beginnings of a two-tiered system. Under a cost-benefit model, everyone will be allowed at the least intensive level. In other words, when you are sick, you will not see a physician. You will probably see a nurse or a nurse practitioner. You may see some other kind of health worker or some kind of amalgam of what we have now.

The focus of the cost benefit is that treatment decisions will be made by a computer. A physician will take your temperature and discover where the pain is. The computer will say there is a 98% probability of a lower bowel obstruction and suggest doing the following four tests. That is all.

The four tests will come back and the test results will be punched into the computer. The computer will say there is a 98% probability that this is a lower bowel obstruction and suggest the following three acts: wait four hours; operate now; or discharge the patient home. That is a broad spectrum.

Physicians will no longer be decision-makers on their own. It will remove the mystique of medicine. The witch-doctor part is gone, and the scientist will be left.

Funding will not be by beds. Funding will be by disease or episode of illness. If you have a problem with your gall bladder, that will be worth \$350 to the treatment unit that looks after you. It will not matter whether you are in a hospital one day or five days.

This drive is coming from the United States where they have tried very hard to control health expenditures by examining carefully what physicians do. It is the belief of health economists world-wide that the expenditures in health are driven by physician behaviour.

Finally, if we get into the cost-benefit method, we will no longer have participatory management. It will be very authoritarian and the main acts of the government will be denial of care or denial of access to care: you do not meet

[Translation]

les hôpitaux publics en Ontario, j'ai vu se dessiner quel pourrait être le modèle qui sera adopté par les gouvernements provinciaux en l'an 2000.

Il vaut la peine d'en parler. Ce qui se passe au niveau fédéral aura des répercussions dans cinq ou dix ans. Ce n'est pas en 1990 que votre comité fera sentir son influence.

Je crois que les gouvernements provinciaux se dirigent très rapidement vers ce que j'appelle le modèle de la rentabilité. C'est un modèle différent de tout ce qui a été suggéré jusqu'ici. Mais souvenez-vous bien que je suis universitaire et qu'à ce titre, je peux parfois dire des conneries impunément.

Commençons par les objectifs du nouveau modèle: les services seront limités à ceux qui sont le moins coûteux. Voilà mon premier argument pour un système à deux volets. En vertu du modèle de la rentabilité, tout le monde sera admis au service le moins coûteux de l'hôpital. En d'autres termes, si vous êtes malade, vous ne verrez pas un médecin. Vous verrez probablement une infirmière ou ce qu'on appelle une infirmière de première ligne. Vous verrez peut-être d'autres travailleurs de la santé ou un ensemble de ce que nous avons actuellement.

Dans ce modèle, les décisions relatives au traitement seront prises par un ordinateur. Un médecin prendra votre température et vous demandera où vous avez mal. L'ordinateur pourra dire qu'il est probable à 98 p. 100 que vous souffrez d'une obstruction intestinale et suggérera qu'on procède à quatre tests. C'est tout.

Une fois obtenus les résultats des quatre tests, ils seront entrés dans l'ordinateur. Celui-ci pourra dire de nouveau qu'il est probable à 98 p. 100 que vous souffrez d'une obstruction intestinale et suggérera trois possibilités: une attente de quatre heures, une opération immédiate ou le renvoi du patient à la maison. Ce n'est qu'un aperçu.

Les médecins ne seront plus seuls à prendre des décisions. La médecine sera démythifiée. Il n'y aura plus de sorciers-guérisseurs et nous n'aurons plus que des scientifiques.

Le financement ne correspondra pas au nombre de lits mais plutôt au nombre de malades ou d'occurrences de maladie. Ainsi, si vous avez un problème de vésicule biliaire, l'unité thérapeutique qui s'occupera de vous recevra 350\$, que vous demeuriez à l'hôpital un jour ou cinq jours.

Cette tendance nous vient des États-Unis, où on a fait beaucoup d'efforts pour limiter les dépenses de santé, notamment en examinant soigneusement les tâches des médecins. Les économistes de la santé du monde entier estiment que les dépenses de santé dépendent directement du comportement des médecins.

Enfin, si nous adoptons la méthode de la rentabilité, il n'y aura plus de gestion participative. La gestion sera autoritaire, et le principal rôle du gouvernement sera de refuser des soins ou de refuser l'accès aux soins: «vous ne

[Texte]

the requirements for care; your temperature is not high enough; you are not sick enough; or the chest pain of your angina is not bad enough; so you will not get care until you meet specific criteria.

This is my peek into the future. Here is why I believe the federal government can have its most power and most benefit in the next 30 to 50 years. It is called healthy public policy. Much of the work has already been done here in Health and Welfare Canada. Ottawa is home to the Ottawa charter, the document now driving the World Health Organization and the United Nations Committee on Health. I believe we have an opportunity not just to stay ahead but actually to lead the world in this area.

• 0925

As I have mentioned before, the medical model goal is to delay death and improve the quality of life—if possible—while you delay death. One of the focuses of this committee is to ask how we deal with our increasing elderly population and the increased costs of that.

The goal of healthy public policy is to provide an environment that is conducive to health—both mental and physical—but has nothing to do with the length of life. It is just the quality of life. That is why I can take an ethical stand that it is all right to let people die. Do not put an 85-year-old man with emphysema on a respirator. Let him die.

The human focus is that communities work together for health, and the World Health Organization has established and initiated a Healthy Cities Program in which communities are working together. They are not building hospitals in Europe and certainly not in Sweden, Finland, and Denmark. They are building community centres.

The source of funding is public policy from all government departments. Improved defence might be a health policy. Managing environmental clean-up is a health policy. Improving transfers to universities is a health policy. Everything the government does should be assessed in terms of its impact on Canadian health.

Finally, when you look at symptoms of deeper troubles, the symptoms are different between what we view normally in the medical model, which is waiting lists, extra billings, strikes, and need for more technology—which is why those cartoons were up earlier—and the symptoms of deeper trouble, if you believe health is not just a physical thing dependent upon having an emergency department in your town or mine.

[Traduction]

répondez pas aux exigences pour recevoir des soins; votre fièvre n'est pas suffisamment élevée; vous n'êtes pas suffisamment malade; les douleurs que cause votre angine ne sont pas suffisamment aiguës; vous ne recevrez pas de soins tant que vous ne satisferez pas les critères».

C'est l'avenir que j'entrevois. C'est pourquoi j'estime que c'est au cours des 30 à 50 prochaines années que le gouvernement fédéral pourra utiliser son pouvoir au mieux et avoir la plus grande influence. C'est ce que j'appelle une politique saine. Beaucoup du travail a déjà été effectué ici même, à Santé et Bien-être social Canada. Comme son nom l'indique, c'est ici qu'a été créée la Charte d'Ottawa, le document qui régit l'Organisation mondiale de la santé et le Comité des Nations Unies sur la santé. Dans le domaine de la santé, je crois que nous avons une chance de mener le peloton plutôt que de seulement s'y maintenir.

Comme je l'ai mentionné précédemment, le but du modèle médical est de retarder la mort et d'améliorer la qualité de vie, si possible, en attendant que survienne la mort. Le comité a notamment pour mandat d'examiner comment nous allons agir en fonction du vieillissement de la population et des coûts accrus qui en découleront.

Le but d'une politique saine est de créer un environnement qui soit propice à la santé, tant mentale que physique. Il n'a rien à voir avec la durée de la vie. Ce qui compte, c'est la qualité de la vie. C'est pourquoi je vous fais part de ma position philosophique: on peut laisser des gens mourir. Ne branchez pas un homme de 85 ans atteint d'emphysème sur un respirateur. Laissez-le mourir.

Dans une perspective humanitaire, les collectivités doivent collaborer pour promouvoir la santé. L'Organisation mondiale de la santé a mis sur pied le projet «Vers les villes en santé» qui prévoit que les collectivités travaillent ensemble. En Europe, on ne construit plus d'hôpitaux; certainement pas du moins en Suède, en Finlande et au Danemark. On construit plutôt des centres communautaires.

Tous les ministères peuvent participer au financement de la santé. Une amélioration de notre défense peut être considérée comme une politique de santé. Tout comme la gestion de la dépollution ou l'amélioration des transferts aux universités. Toutes les mesures prises par le gouvernement peuvent être évaluées dans le cadre de leur influence sur la santé des Canadiens.

Enfin, si l'on considère les symptômes des problèmes profonds, ils sont bien différents de ceux qui sont étudiés normalement par le modèle médical, soit les listes d'attente, la surfacturation, les grèves, le besoin de techniques avancées dont parlaient les dessins humoristiques. Ces symptômes sont donc différents si vous croyez que la santé n'est pas uniquement physique et qu'elle ne dépend pas de la proximité d'un service d'urgence.

[Text]

Bigger symptoms then crop up. Things such as acid rain, industrial pollution, second-hand smoke, and lower socio-economic status become symptoms of health. I think the federal government should be commended for its stand on clean air in the workplace. About 35,000 Canadians will die between today and next Christmas from tobacco-induced illness. Evidence is in on that. No matter how much the tobacco companies complain, it is the greatest single cause of death in this nation. You are to be commended for your stand on that.

I would now like to turn myself over to you for some questions related to anything you like. There is one thing you might like to have available to your committee. It is a book called *Health Care in Canada*. It describes a little bit of the history of how we got here, how systems are currently integrated with each other, what long-term care is, how physicians get trained, why we do not have enough nurses, and why the money does not go around. I will leave this with your chairman and if you want to borrow it you are welcome.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Fulton. We appreciate the comments and it certainly raises some interesting issues. I would remind committee members that in the next half an hour your time should be used prudently. I will ask you to try to abide by the five-minute rounds. You will probably learn more as you listen rather than when you are speaking, so your time taken in asking the questions will be part of the five minutes. I remind you that academics do not have the corner on "b.s.", as you had mentioned, and that in this committee we have tried, I think, to make use of some of the excess positions. We have a number of them here. Obviously it does not take care of the whole problem.

Mrs. Clancy: Thank you, Mr. Chairman. Dr. Fulton, I would like to welcome you to this committee, and thank you very much for your presentation, from cartoons to conclusions. It was tremendous.

I have a couple of questions referring to a couple of things you said that I find fascinating. You talked about unemployed physicians in Europe and said we have too many physicians in Canada. Is that a central Canada phenomenon? Is it a nation-wide phenomenon? I live in an urban centre in Halifax where there are lots of physicians and which is the regional health centre, but I frequently hear from my colleagues outside Halifax that there is a problem in various parts of Nova Scotia, that there are not enough doctors in specific counties, and so on.

Therefore, are there too many physicians in the urban centres and perhaps not enough physicians in some of the more remote areas, or do we generally have too many physicians?

[Translation]

Il faut tenir compte de symptômes encore plus importants: les pluies acides, la pollution industrielle, la fumée respirée par les non-fumeurs et la condition des moins bien nantis. Il faut féliciter le gouvernement fédéral pour sa position sur la qualité de l'air en milieu de travail. Environ 35,000 Canadiens mourront d'ici Noël prochain de maladies causées par le tabac. C'est prouvé. Quoi qu'en disent les producteurs de tabac, il s'agit de la cause de décès la plus importante au Canada. Il faut féliciter le gouvernement pour la position qu'il a adoptée.

Je suis maintenant prête à répondre à vos questions, quel que soit le sujet. Votre comité voudra peut-être avoir ce document: il s'agit d'un livre intitulé *Health Care in Canada*. On y présente un peu l'histoire de la santé au Canada, l'intégration actuelle de nos systèmes les uns aux autres, la situation relative aux maladies chroniques, la formation des médecins, les raisons du manque d'infirmières et de la mauvaise utilisation des fonds. J'en laisse un exemplaire au président, à qui vous pourrez l'emprunter si vous le désirez.

Le président: Merci beaucoup, madame Fulton: Nous apprécions vos commentaires. Vous avez certainement soulevé d'intéressantes questions. J'aimerais rappeler aux membres du comité qu'il nous reste une demi-heure et qu'ils doivent utiliser leur temps judicieusement. Je vous demande de ne pas dépasser les cinq minutes qui vous sont accordées. Vous en apprendrez sans doute davantage en écoutant qu'en parlant, c'est pourquoi le temps que vous prenez pour poser les questions comptera dans les cinq minutes. Je vous rappellerai, madame Fulton, que les universitaires ne sont pas les seuls à se gargariser de mots. Vous remarquerez que ce comité s'est efforcé d'utiliser certains des médecins superflus. Nous en avons quelques-uns. Évidemment, cela ne règle pas tout le problème.

Mme Clancy: Merci, monsieur le président. Madame Fulton, je veux vous souhaiter la bienvenue au comité et vous remercier pour votre exposé, des dessins humoristiques aux conclusions. C'était excellent.

J'ai des questions à poser au sujet d'une ou deux de vos déclarations qui sont, à mon avis, fascinantes. Vous avez parlé des médecins sans emploi en Europe et vous avez dit qu'il y avait trop de médecins au Canada. S'agit-il d'un phénomène exclusif au centre du Canada ou d'un phénomène national? J'habite dans une ville, Halifax, qui compte de nombreux médecins et qui est le centre régional des soins de santé, mais j'entends souvent mes collègues qui sont installés à l'extérieur d'Halifax, dire qu'il y a un problème dans différentes régions de la Nouvelle-Écosse, qu'il n'y a pas suffisamment de médecins dans telle ou telle comté, etc.

En conséquence, doit-on dire que nous avons de manière générale trop de médecins, ou encore qu'il y a trop de médecins dans les centres urbains et pas assez dans certaines régions éloignées?

[Texte]

Ms Fulton: You have asked me two questions. One relates to distribution and the second relates to total availability. Physician manpower is very maldistributed in Canada. We do not have enough physicians in rural areas. We also have the wrong kinds of trained physicians. We do not have enough family physicians capable of going to those areas.

That is a problem for a number of reasons. If you look at the number of physicians per thousand population, we have more than any nation except the United States. We have about one physician to every 512 Canadians at the moment. Most nations are functioning very well at levels of one physician to every 800. Areas such as Africa have one to every 25,000 to 50,000. So you can see that if we use the number of physicians as a measure of health, we are probably one of the healthiest nations in the world.

If you take that one step further and use the amount of money spent on health care as a measure of the quality of health care in a country, then America has the best health care in the world. Unfortunately, 35 million people in the United States have nothing. They have their babies at home and if they are hit by a car, they do not get into an emergency department. It is absolutely appalling.

The infant mortality in the ghettos of the large American cities would amaze you. It is worse than any Third World nation on the face of the earth. We also have some segments in Canada in which infant mortality is as high as any ghetto in the United States; those are our native Indian populations.

We therefore have too many physicians, as shown by the evidence of all the data collected by the World Health Organization, and we are maldistributed. We need to create incentives by which physicians are encouraged to go to rural areas. That was the main focus of the New Brunswick Royal Commission on Health. How do we get the doctors to where the folks in New Brunswick need them?

They have a number of strategies: pay them more; let them get more culture; bring them out more; or bring them in and out for training more. There are all kinds of ways to try to accomplish this. We are not doing it well.

Mrs. Clancy: Thank you, Dr. Fulton. When you spoke about the medical model and about people going to a hospital, as opposed to a community centre model, are statistics available to tell us what percentage of people are being treated in hospitals who could be better treated at home if the system existed?

[Traduction]

Mme Fulton: Vous venez de me poser deux questions. La première porte sur une question de répartition et la seconde sur la disponibilité d'ensemble. Les médecins sont très mal répartis au Canada. Nous n'en avons pas assez dans les régions rurales. Nous n'avons pas non plus suffisamment de médecins ayant la formation voulue. Nous n'avons pas suffisamment de médecins de famille pouvant s'implanter dans ces régions.

C'est un problème pour plusieurs raisons. Pour ce qui est du nombre de médecins par mille habitants, nous occupons le premier rang dans le monde, si on excepte les États-Unis. À l'heure actuelle, nous avons un médecin pour 512 habitants. La plupart des pays se satisfont pleinement d'un médecin pour 800 habitants. En Afrique, par exemple, ce taux est de un pour 25,000 ou pour 50,000 habitants. Ceci pour vous dire que si l'on prend pour critère le nombre de médecins, nous sommes certainement l'un des pays du monde qui a la meilleure santé.

Si l'on va un peu plus loin et si l'on prend comme critère la quantité d'argent consacrée aux soins de santé pour mesurer la qualité des soins dispensés dans un pays donné, on doit en conclure que les États-Unis ont le meilleur système de santé au monde. Malheureusement, il y a 35 millions de personnes aux États-Unis qui n'ont rien. Les accouchements se font à la maison, et si quelqu'un est renversé par une automobile, il ne peut accéder à un service d'urgence. C'est tout simplement stupéfiant.

La mortalité infantile dans les ghettos des grandes villes américaines aurait de quoi vous surprendre. Elle est pire que celle de n'importe quel pays du tiers monde. Nous avons nous aussi dans certains secteurs du Canada une mortalité infantile aussi élevée que celle des ghettos des États-Unis; c'est le cas pour notre population indienne.

Donc, comme le prouvent les statistiques recueillies par l'Organisation mondiale de la santé, nous avons trop de médecins et ces derniers sont mal répartis. Il nous faut trouver le moyen d'encourager les médecins à s'implanter dans les régions rurales. C'était là le principal objectif de la Commission royale d'enquête du Nouveau-Brunswick sur la santé. Comment faire pour amener les médecins à s'installer là où la population du Nouveau-Brunswick en a besoin?

Un certain nombre de stratégies ont été définies: les payer davantage; leur donner un environnement culturel plus gratifiant; leur permettre d'aller davantage à l'extérieur; ou leur offrir plus de possibilités de formation à l'extérieur. Il y a toutes sortes de moyens d'y parvenir. Nous n'avons pas très bien réussi.

Mme Clancy: Je vous remercie, madame Fulton. Vous avez évoqué la question du modèle médical et des gens qui se rendent à l'hôpital par rapport à un modèle axé sur les centres communautaires, et j'aimerais savoir s'il y a des statistiques qui nous disent quel est le pourcentage de gens qui sont pris en charge par les hôpitaux et qu'il serait préférable de traiter à domicile si la possibilité existait?

[Text]

Ms Fulton: No, we have no good data on that aspect. We have some data that indicates a lot of people are in hospital who do not need to be there. The most important study in Canada during the last couple of years was done at the Foothills Hospital in Calgary.

They initiated a program to discharge people sooner. It is common in Canada to keep someone in the hospital for eight days if you have your gall-bladder out. Foothills is keeping them in for three days. The hospital is discharging the patients, arranging for a nursing visit at home, and the patients are up and on their feet sooner and they feel better.

The United States has been doing this for a long time, but mainly as a mechanism for saving money, not as a means for trying to create well-being. About 15% to 20% of all beds in Canada in acute care hospitals are filled with long-term care patients. There are a couple of advantages to that: they do not cost much and the government can be billed for the bed being full. But it is a great detriment to the patients, who should really be rehabilitated and treated in accordance with their needs and not be in an acute care facility.

That is another area in which we could certainly try to gather some information. Based on what other people do, if we know what our goals are and know what we think of as health, then we know how to build a system to respond.

Ms Langan (Mission—Coquitlam): I have two questions based on what you have said.

You spoke about there being too many physicians and about distribution and some of the solutions to that, such as incentive pay, more culture, in and out more often for upgrading, and so on. I gather you would not agree with British Columbia's approach, which is one of withholding billing numbers unless one goes to remote areas for new doctors.

Ms Fulton: I agree that the provincial government of British Columbia tried a very courageous move to try to control the total expenditures for health care in the province. Unfortunately it turned out not to be constitutional. We will need to have our antennae up. All of the other provinces of Canada are going to need to try something.

The first thing they have tried is to erect a complete barrier for immigration. If you are trained in a medical school outside of Canada, forget practising in Canada.

[Translation]

Mme Fulton: Non, nous n'avons pas de statistiques fiables à ce sujet. Nous avons des statistiques qui nous indiquent que beaucoup de gens qui sont hospitalisés ne devraient pas l'être. La principale étude qui a été faite au Canada ces dernières années est celle de l'hôpital de Foothills à Calgary.

On y a institué un programme visant à accélérer la sortie des gens de l'hôpital. Au Canada, il est courant de garder huit jours à l'hôpital un patient opéré de la vésicule biliaire. L'hôpital de Foothills ne garde ce genre de patients que trois jours. L'hôpital laisse sortir les patients, s'organise pour qu'une infirmière les visite à domicile, et les patients sont sur pieds plus vite et se sentent davantage en forme.

Les États-Unis pratiquent ce système depuis longtemps, mais c'est surtout pour économiser de l'argent, non pour améliorer le sort des malades. Quinze à vingt pour cent environ des lits réservés aux maladies aiguës dans les hôpitaux au Canada sont occupés par des malades chroniques. Cette situation présente deux avantages: le coût des soins n'est pas trop élevé et il est possible de facturer au gouvernement le coût d'un lit occupé. Toutefois, ce sont les malades qui en subissent les graves inconvénients, car ils devraient suivre une réadaptation et être traités conformément à leurs besoins et non dans un service de maladies aiguës.

Voilà un autre domaine dans lequel il nous faudrait disposer d'un plus grand nombre de données. Si nous étions au courant de ce que font les autres, si nous savions quels sont nos objectifs et pouvions définir ce que nous entendons par santé, nous saurions alors mettre sur pied un système approprié.

Mme Langan (Mission—Coquitlam): J'aimerais vous poser deux questions sur ce que vous venez de nous dire.

Vous venez de nous dire que nous avons trop de médecins et une mauvaise répartition, et vous nous avez indiqué un certain nombre de solutions: primes incitatives, plus de culture, plus grandes possibilités de formation, etc. J'imagine que vous n'êtes pas d'accord avec la solution adoptée par la Colombie-Britannique, qui consiste à suspendre les agréments tant que les nouveaux médecins n'ont pas fait un stage dans une région éloignée.

• 0935

Mme Fulton: Je reconnais que le gouvernement de la province de la Colombie-Britannique a fait preuve de courage en s'efforçant de limiter le montant global des dépenses consacrées à la santé dans la province. Malheureusement, la solution adoptée a été déclarée inconstitutionnelle. Il faudra nous montrer alerte. Toutes les autres provinces du Canada vont devoir essayer de faire quelque chose.

Nous avons essayé tout d'abord de dresser une barrière infranchissable pour les immigrants. Si vous avez reçu une formation médicale dans une école étrangère, vous pouvez faire votre deuil de la pratique médicale au Canada.

[Texte]

We have reduced the number of opportunities for residencies; in other words, we are trying to limit the number of specialist physicians, because they cost the system a whole lot more.

Third thing that is happening is that hospitals are doing what is called "utilization review". They are trying to figure out how much it costs the public to have a doctor cut and sew in a hospital. It turns out to be approximately half a million dollars per doctor per year for all of the affiliated expenses that surround having a physician practise.

If a hospital like Terrace, British Columbia, for example, or any other small hospital that does not have an orthopaedic surgeon now gets an orthopaedic surgeon who likes to replace hips, for example, the minimum expected cost of that one orthopaedic surgeon for one year is \$1 million, for all the things like prostheses, nursing care, bed utilization and operating-room time.

We are beginning at the lower levels to try to figure out what is costing us a lot of money. These are all focused on interventions, however. Nobody is really thinking very much about health. We are thinking about rescue strategies.

Ms Langan: In British Columbia going to a doctor and having tests done requires another visit to the doctor to get the results. You cannot get them over the telephone. If you have a recurring kind of a prescription that you often need based on a life-long history, you are required to visit the doctor to get the prescription. You cannot phone and say you have it again and you need a prescription.

That kind of health care really disturbs me. The doctor I have in British Columbia is very progressive and very much moving towards the model you are talking about, but even such doctors are restrained by the system from going too far into that new model.

Is that the case across the country? Do people require what are possibly unnecessary visits that often a telephone call or another health care worker could look after?

Ms Fulton: Of course, but the reason is the physicians are paid on fee for service. Every time a physician interacts with you, she can send in a bill to the government for \$21.50, or whatever the bill is for that particular style of interaction.

Ms Langan: Or her clinic can.

Ms Fulton: Physicians are not paid to talk to you on the telephone, so why should they do it? If we had a system like Britain, which is a capitation system, it would be the advantage of the physician to talk to you on the telephone.

Do you realize there are lots of emergency departments in Canada now who have established a policy not to talk

[Traduction]

Nous avons réduit le nombre d'internats spécialisés; autrement dit, nous nous efforçons de limiter le nombre de spécialistes, parce que ces derniers coûtent bien davantage au système.

En troisième lieu, les hôpitaux font aussi ce qu'ils appellent une «étude d'utilisation». Ils s'efforcent de savoir combien il en coûte au public d'avoir un médecin attaché à un hôpital. Il en coûte environ un demi-million de dollars par an et par médecin lorsqu'on tient compte de toutes les dépenses accessoires à la pratique en hôpital.

Prenons le cas d'un hôpital comme celui de Terrace (Colombie-Britannique) ou tout autre petit hôpital qui n'a pas à l'heure actuelle de chirurgiens orthopédiques et qui en engage un pour faire des opérations de la hanche, par exemple. Il va lui falloir déboursier au minimum un million de dollars par an pour avoir un chirurgien orthopédique à demeure, compte tenu des dépenses consacrées aux prothèses, aux soins infirmiers, aux lits occupés et aux frais de salle d'opération.

Nous commençons à l'échelon le plus bas afin de chercher à savoir ce qui nous coûte beaucoup d'argent. Tout est axé sur les interventions, cependant. Personne ne se préoccupe beaucoup de la santé. Nous parlons en termes de stratégies d'intervention d'urgence.

Mme Langan: En Colombie-Britannique, si vous vous adressez au médecin pour faire des tests, il vous faut y retourner ensuite pour obtenir les résultats. Vous ne pouvez les avoir au téléphone. Si vous devez faire renouveler constamment telle ou telle ordonnance en cas de longue maladie, il vous faut chaque fois aller chez le médecin pour obtenir cette ordonnance. Vous ne pouvez pas téléphoner au médecin pour la faire renouveler.

C'est là en fait le type de soin de santé qui m'inquiète. Mon médecin en Colombie-Britannique est très ouvert et tout à fait en faveur du modèle dont vous parlez, mais même les médecins comme lui n'ont pas les mains libres dans le système actuel et ne peuvent pas aller trop loin dans l'application du nouveau modèle.

En est-il de même dans tout le pays? Les gens sont-ils obligés de recourir à des visites parfois inutiles que bien souvent un simple appel téléphonique ou la tournée effectuée par un travailleur de la santé pourrait éviter?

Mme Fulton: Bien sûr, mais cela s'explique par le fait que les médecins sont payés à l'acte. Chaque fois qu'un médecin vous traite, il peut envoyer au gouvernement une facture de 21,50\$ ou d'un autre montant selon le type d'intervention.

Mme Langan: Lui ou sa clinique.

Mme Fulton: Les médecins ne sont pas payés pour vous parler au téléphone, pourquoi le ferait-il? Si nous avions un système identique à celui de la Grande-Bretagne, où l'on compte par client, le médecin aurait intérêt à vous parler au téléphone.

Savez-vous qu'il y a beaucoup de services d'urgence qui, aujourd'hui, au Canada, ont pour politique de ne pas

[Text]

to people on the telephone? You cannot get information or advice from an emergency room nurse or physician. What they say to you is to put your baby in the car and bring the baby in, because the incentives push them to do that, incentives such as fear of litigation and incentives such as getting a cash transfer when they touch the patient or interact in an interpersonal way.

We do need to think this through. If we had salaried physicians being paid for an episode of illness, paid for all of the things related to your coronary disease, for example, on a flat fee for a year because you are patient X and this is your diagnosis, the physician would talk to you on the telephone, you would get to see a dietitian, the nurse would visit you. If we changed the way we paid, we would change the way the providers behaved.

Ms Langan: What do you see as a way to increase the number of nurses in this country?

Ms Fulton: There are two ways. One is to pay a fair wage that competes with the other things women can do. We have to remember that 98% of the nurses in Canada are women. They have come up through a system of trying to create a profession from something that was considered to be a service only.

I think another thing we need to do is to provide continuing education for nurses, so they feel confident in a rapidly changing environment. For example, we do not have internships or residencies for nurses, but we do for physicians.

Many ministers of health do not believe we have a nursing shortage. The Ontario minister believes this is just a shift in supply and demand. It is a mechanism by which she can shut intensive care units that we may need and that we may not need.

• 0940

You have to be careful that these things do not become political levers. Provincial governments think differently than federal governments. They are very delivery oriented and action oriented. They cannot get themselves further back than the hands-on; they cannot seem to get the arm's length. I think the role of this committee is to help the nation think about health and well-being, not just the rapid response. When the ambulance is at your door, it is pretty hard to think of how to prevent the ambulance from picking up the damage. As I often tell my graduate students, what if you lived in a community with a big cliff and children fell over the cliff on a regular basis? You would have to buy ambulances to pick up the children and get them to the emergency department to have their broken legs set—all because nobody had time to build a

[Translation]

parler aux gens au téléphone? Vous ne pouvez pas obtenir de renseignements ou de conseils auprès d'une infirmière ou d'un médecin d'une salle d'urgence. On se contente de vous dire de prendre votre voiture et d'amener votre enfant parce que tout pousse les responsables à agir ainsi, par peur des poursuites, par exemple ou parce qu'il y a des sommes d'argent en jeu dès qu'ils auscultent le patient ou qu'ils le rencontrent en personne.

Ce n'est pas la peine de trop réfléchir à la question. Si nous avions des médecins rémunérés pour l'ensemble d'une maladie, rémunérés pour tout ce qui a trait à une maladie coronarienne, par exemple, avec un montant forfaitaire versé chaque année parce que vous êtes le malade x et parce que tel est le diagnostic, le médecin vous parlerait au téléphone, vous verriez un diététicien, une infirmière vous rendrait visite. Changez la façon dont les gens sont payés et vous changerez leur comportement.

Mme Langan: Que peut-on faire, d'après vous, pour augmenter le nombre d'infirmières dans notre pays?

Mme Fulton: Deux choses. Tout d'abord, il faut leur verser un salaire équitable qui soit concurrentiel par rapport à celui qui est versé dans les autres professions que peuvent exercer les femmes. N'oublions pas que 98 p. 100 des membres du personnel infirmier au Canada sont des femmes. Elles ont dû se mouler dans un système et s'efforcer de transformer en une profession quelque chose qui était jusqu'alors considéré simplement comme un service.

Je pense qu'il nous faut aussi assurer une fonction permanente aux infirmières pour qu'elles se sentent bien adaptées à un cadre qui évolue constamment. Ainsi, nous n'avons pas d'internat ou de résidence pour les infirmières, contrairement à ce qui se passe pour les médecins.

De nombreux ministres de la Santé ne pensent pas qu'il y ait une pénurie d'infirmières. La ministre de l'Ontario considère qu'il s'agit simplement d'un déplacement de l'offre et de la demande. C'est un mécanisme qui lui permet de fermer des services de soins intensifs dont nous pouvons avoir besoin.

Il faut bien faire attention à ce que ces choses ne deviennent pas des leviers politiques. Les gouvernements provinciaux ne résonnent pas de la même manière que les gouvernements fédéraux. Ils sont très axés sur les services et sur l'action. Ils sont directement en contact; ils ne peuvent pas se distancier et se prévaloir de l'effet de recul. Je pense que ce comité a pour rôle d'aider le pays à se préoccuper des questions de santé et de bien-être, sans se contenter de donner des réponses rapides. Lorsque l'ambulance est à votre porte, il est bien difficile de penser aux moyens d'éviter que l'ambulance ne vienne chez vous. Je le dis souvent à mes étudiants de maîtrise, que faire si vous habitez dans une localité perchée sur une falaise du haut de laquelle les enfants tombent régulièrement? Il faut bien acheter des ambulances pour

[Texte]

fence at the top of the cliff. I think it is the role of the federal government to figure out how to allocate resources to build the fence.

Mr. Halliday (Oxford): It is fascinating to hear you make your presentation, Dr. Fulton. Many of your comments are very provocative. I wish we had a lot more time to discuss them. You began by saying that the power in health delivery rested in the provinces. You then alluded to the Canada Health Act. With what we saw in the Canada Health Act, it seems to me that the federal government can do anything it wants. Am I wrong in that?

Ms Fulton: Yes.

Mr. Halliday: How so?

Ms Fulton: You can change the rules of the game at a macro level, but under the Constitution, under the British North America Act, the control of the delivery of health care rests with the provinces. So you can tell them you want universal access, and they will take that terminology and apply it to the maximum limit of the law to their own advantage.

Mr. Halliday: Yes, but with our spending powers, we can tell them we will give them so much money, if they do what we want.

Ms Fulton: That is right.

Mr. Halliday: And this can be carried to any extreme. So I think the power really lies here in Ottawa, and I think that was proven by the Canada Health Act.

Ms Fulton: The Canada Health Act was welcomed by most people in the country, except for one or two of the most powerful vested interests. The Canada Health Act was parallel to what many members of the Canadian public wanted, but one step ahead. I think that is where federal leadership is so important. If you take a step that goes against what Canadians expect from health care or from national programs, the government will be defeated. So it is a very fine line. Provincial governments want to be seen as the goose with the golden egg. They give the federal government no credit.

Mr. Halliday: Canadian politicians, and most Canadians, seem to believe that we have the best health care system in the world. We hear this time and again. Do you agree with that? You have often mentioned the higher standards in Finland, Sweden, and Denmark. But that is not what we hear in Canada. We are told we have the best system. Is that true or not?

[Traduction]

amener les enfants au service d'urgence et faire en sorte qu'ils soient plâtrés lorsqu'ils se cassent la jambe—tout cela parce que personne n'a pensé à ériger une barrière le long de la falaise. Je pense qu'il incombe au gouvernement fédéral de se demander comment répartir les ressources pour construire cette barrière.

M. Halliday (Oxford): Votre exposé est particulièrement intéressant, madame Fulton. Nombre de vos observations sont très judicieuses. J'aimerais que nous ayons plus de temps pour en discuter. Vous nous avez dit au départ que la compétence en matière de soins de santé appartenait aux provinces. Vous avez fait ensuite allusion à la Loi canadienne sur la santé. D'après ce que nous pouvons voir dans la Loi canadienne sur la santé, il semble que le gouvernement fédéral puisse faire tout ce qu'il lui plaît. Ai-je raison de dire cela?

Mme Fulton: Oui.

M. Halliday: Comment cela se fait-il?

Mme Fulton: Vous pouvez toujours changer les règles du jeu au niveau global, mais, en vertu de la Constitution, en vertu de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, c'est aux provinces qu'il appartient de contrôler la fourniture des soins de santé. Vous pouvez donc toujours leur dire que vous voulez que l'accès soit universel; elles vont ensuite utiliser l'expression à leur avantage en cherchant à tirer le meilleur parti possible de la loi.

M. Halliday: Bien sûr, mais en raison de notre pouvoir de dépenser, nous pouvons toujours leur dire qu'on leur donnera telle ou telle somme d'argent si elles accèdent à nos désirs.

Mme Fulton: C'est exact.

M. Halliday: Et cela peut aller très loin. Je pense donc que le pouvoir appartient en fait à Ottawa, et la Loi canadienne sur la santé nous l'a prouvé.

Mme Fulton: La Loi canadienne sur la santé a été bien accueillie par la plupart des gens de ce pays, à l'exception d'un ou deux groupes d'intérêts parmi les plus puissants. La Loi canadienne sur la santé est allée dans le sens de ce que voulait la majorité de l'opinion publique, tout en faisant un pas de plus. Je pense que c'est en ce sens que l'initiative fédérale revêt une telle importance. À partir du moment où il fait un pas en avant qui va à l'encontre de ce qu'attendent les Canadiens en matière de soins de santé ou de programmes nationaux, le gouvernement va à l'échec. La marge de manœuvre est donc très mince. Les gouvernements provinciaux veulent être considérés comme la poule aux oeufs d'or. Ils ne veulent donner aucun crédit au gouvernement fédéral.

M. Halliday: Les politiciens au Canada, et la plupart des Canadiens, nous donnent l'impression de croire que nous avons le meilleur système de soins de santé au monde. On nous le répète constamment. Êtes-vous d'accord avec cette affirmation? Vous avez souvent parlé de la meilleure qualité des soins dispensés en Finlande, en Suède et au Danemark. Mais ce n'est pas ce que nous

[Text]

Ms Fulton: It is false. We have the best system for the style of system we have, because our main comparative partner is the United States. Most of those studies are comparisons between what Canadians think of their health care as against that of the U.S. That has been the exposure in the public media to date.

I also work as a consultant for the World Health Organization, and I just spent a couple of weeks in Sweden. They send me all over the place. Last year I spent a month in Australia and New Zealand looking at health systems. If health is based on what you believe is the single most important factor, which is the delivery of health care, then we have a pretty good deal. For me, health does not mean just the delivery of health care. I do not believe an emergency room is the source of health for a population. Employment, good education, supportive school teachers, other kinds of social support networks that the Canadian government has provided extremely well in the past—these are the real sources of health. I do not believe we have reached our optimal ability to use public money to create health.

Mr. Halliday: There are various options and payment mechanisms that you have suggested. I have practised many years as a physician. I may work 10 or 12 hours seeing patients in the hospital and in my office, and then spend the balance of the 24 hours on call, perhaps getting up at night once or twice. How does the pay I would get for that compare with the pay on a capitation system, or some other pre-paid system, where a physician works just eight hours a day? He is like a fireman. You have to pay a fireman to work all night, though there may be no fires. You pay a doctor to work all night when there is only one call. What will the result be for the state? If a physician is making a big income, he ends up paying far more income tax than three people who make less.

Ms Fulton: It is a really complex issue. First of all, in Canada and many other nations, physicians traditionally have worked far too hard. The mortality rate among Canadian physicians is still one of the highest of any professional group. It is more dangerous to be a physician than an army officer or a police officer—you will die sooner.

Physicians are vulnerable to alcohol and drug abuse, primarily because of stress related to the job. There may be some good arguments for protecting them from the 24-hour day that has been so common among Canadian

[Translation]

entendons au Canada. On nous dit que nous avons le meilleur système. Est-ce vrai?

Mme Fulton: C'est faux. Nous avons le meilleur système dans le style qui est le nôtre, parce que notre principal point de comparaison est celui des États-Unis. La plupart des études comparent ce que pensent les Canadiens de leur système de soins de santé à ce qu'ils pensent de celui des États-Unis. Voilà quel a été jusqu'à présent le système de référence pour l'opinion publique.

Je travaille aussi comme consultant pour l'Organisation mondiale de la santé et je viens de passer deux semaines en Suède. On m'a fait parcourir tout le pays. L'année dernière, j'ai passé un mois en Australie et en Nouvelle-Zélande à examiner le système de santé de ces pays. Si vous jugez de la santé en fonction du critère principal, qui est la façon dont on dispense les soins de santé, nous avons en main un assez bon outil. Mais, pour moi, la santé ne se résume pas aux soins de santé qui sont dispensés. Je ne considère pas qu'une salle d'urgence soit une source de santé pour la population. L'emploi, la qualité de l'enseignement, la motivation des enseignants, différents types de réseaux d'aide sociale que le gouvernement canadien a su très bien mettre sur pied par le passé, voilà quelles sont les sources véritables de la santé. Je ne pense pas que nous ayons fait le maximum pour mettre les deniers publics au service de la santé.

M. Halliday: Vous avez proposé différentes options et différents mécanismes de paiements. J'ai pratiqué la médecine pendant de nombreuses années. Un médecin va faire des journées de 10 ou 12 heures, qu'il partagera entre l'hôpital et son cabinet, et il sera ensuite de garde pendant 24 heures, ce qui l'obligera éventuellement à se lever une ou deux fois par nuit. Quel sera alors le rapport entre ce qu'il gagne et ce qu'il pourrait gagner dans un système de rémunération en fonction du nombre de malades, ou tout autre système de rémunération forfaitaire, qui l'amène à ne travailler que huit heures par jour? C'est comme pour les pompiers. Il faut payer les pompiers pour qu'ils travaillent toute la nuit, même s'il n'y a pas d'incendies. Vous payez un médecin pour travailler toute la nuit, même s'il n'y a qu'un appel. Quelles sont les conséquences pour l'État? Lorsqu'un médecin gagne de gros revenus, il paye en conséquence bien plus d'impôt sur le revenu que trois contribuables qui gagnent moins.

• 0945

Mme Fulton: C'est en fait une question très complexe. D'abord, au Canada, comme dans bien d'autres pays, les médecins ont pris l'habitude de bien trop travailler. Le taux de mortalité chez les médecins canadiens reste l'un des plus élevés de toutes les professions. Il est plus dangereux d'être médecin que d'être officier de l'Armée ou agent de police—on meurt plus tôt.

Les médecins sont vulnérables face à l'alcoolisme et aux drogues, en raison surtout des tensions que crée leur travail. Il est peut-être bon de penser à les protéger contre la journée de 24 heures, qui est chose si courante chez les

[Texte]

physicians. If you pay people a salary, which is what many provincial ministers are angling for, you will change the way they behave. Physicians will be on call at night and perhaps there will not be much to do, but you will protect the physician from killing herself or himself from overwork.

We have to think globally. Is it the well-being of the physician that is most important, or is it the well-being of the nation on average? Also, how do we create health for everyone, including health for physicians?

Nobody really knows what is the right way to pay physicians. In our culture we believe fee for service is the right way. In the United States, more physicians are paid by salary than by fee for service. In Europe, almost all physicians are salaried, and on average they earn less than Canadian physicians. The most recent StatsCan report says Canadian physicians still earn five times the national average income. So they still pay more than their share of taxes and all of those other things.

Your question is so complex it will take hours of debate to deal with it.

Mr. Halliday: I thought it had been sorted out, but I guess it has not.

Ms Fulton: No, it has not been sorted out.

Mr. Wilbee (Delta): I appreciate your comments and insights into this whole problem. As the other members have said, I think we could spend a lot of time picking your brains about it.

You mentioned that infant mortality in Canada is very low. Is this partly related to geography? In other words, we have very isolated communities. If we separated, say, native infant mortality, how would we stack up against the rest of the world?

Ms Fulton: If we separated the abysmal statistics for our native Canadians, we would probably be at the top of the heap. There are a number of reasons for this. First, we have relatively good nutritional standards, compared with the world as a whole. Second, we have an extremely good public health network, which was established during the depression and during the Second World War to reach out to isolated communities. This has carried on as our big cities have grown. Also, I think we have a very high standard of education. Most women pay attention to themselves during their reproductive years.

[Traduction]

médecins canadiens. À partir du moment où vous versez aux gens un salaire, ce que cherchent à faire nombre de ministres provinciaux, vous changez leur comportement. Le médecin sera de garde la nuit et il n'aura peut-être pas grand-chose à faire, mais vous lui éviterez de se tuer au travail.

Nous devons penser en termes généraux. Doit-on s'occuper avant tout du bien-être du médecin ou du bien-être de l'ensemble de la nation? Que faire aussi pour que tout le monde soit en bonne santé, y compris les médecins?

Personne ne sait vraiment quelle est la meilleure façon de rémunérer les médecins. Dans notre culture, nous considérons que la solution est de les payer à l'acte. Aux États-Unis, il y a davantage de médecins salariés que de médecins rémunérés à l'acte. En Europe, presque tous les médecins sont salariés et, en moyenne, ils gagnent moins que les médecins canadiens. Le dernier rapport de Statistique Canada nous apprend que les médecins canadiens continuent à gagner cinq fois plus que le revenu moyen au pays. Ils payent donc plus que leur part d'impôt, etc.

Votre question est si complexe que l'on pourrait en parler pendant des heures.

M. Halliday: Je pensais que l'on avait réglé la question, mais il m'apparaît que non.

Mme Fulton: Non, elle n'a pas été réglée.

M. Wilbee (Delta): J'apprécie vos observations et votre connaissance de l'ensemble du problème. Comme l'ont déclaré d'autres membres du comité, j'ai l'impression que nous pourrions passer une éternité à nous creuser la tête à ce sujet.

Vous avez indiqué que la mortalité infantile au Canada était très faible. Y a-t-il un certain lien avec notre géographie? En d'autres termes, notre pays compte de nombreuses localités très isolées. Si nous prenions par exemple, la mortalité infantile des autochtones, comment nous situerions-nous par rapport au reste du monde?

Mme Fulton: Si nous faisons abstraction des statistiques catastrophiques des autochtones du Canada, il est probable que nous nous retrouvons dans le groupe de tête. Cela s'explique par un certain nombre de raisons. Tout d'abord, nos normes de nutrition sont relativement bonnes par rapport à celles du reste du monde. En second lieu, nous disposons d'un excellent réseau public de soins de santé, qui a été constitué pendant la dépression et au cours de la Deuxième Guerre mondiale dans le but de desservir les collectivités isolées. Ce réseau s'est étendu progressivement à mesure que nos grandes villes prenaient de l'ampleur. Je pense aussi que la qualité de notre éducation est excellente. La plupart des femmes de notre pays prennent soin d'elles-mêmes pendant les années au cours desquelles elles sont en âge d'avoir des enfants.

[Text]

Mr. Wilbee: So, as a federal government, we should perhaps be concentrating on native and isolated areas?

Are you familiar with the Dease Lake clinic in British Columbia, where there is a combination of governments, B.C. Medical and so on?

Ms Fulton: I am a British Columbian. I have only recently been transplanted here.

Mr. Wilbee: Is this a suitable pattern or type for other communities?

Ms Fulton: I do not know. The transfer of control of native health to native groups is now a contentious political issue. And when you get a contentious political issue, sometimes the important health issues get left behind. It is a mechanism for signaling independence.

One of the things so many people forget is that first you have to decide what model you believe in. If you believe in the medical model, you need physicians in those communities; if you believe in the social model, you need social workers and school teachers in those communities, as well as clean water, sewers that work and houses that are heated. The healthy public policy model tries to find all of the other ways we can improve the health of the people. Then, problems like infant mortality will solve themselves.

Hospitals have not been the single greatest source of health for Canada. Our good water supply, decent public health and sewage control, and immunization of children has done more to protect the health of the nation than any number of health care facilities.

More than half of all of the money we spend on an average Canadian's health is spent in the last year of their life, and almost all of it is spent in the last month of life. We are putting all of our resources at the wrong end, in my view.

Mr. Wilbee: With reference to Alzheimer's disease, you said earlier that if the care-giver is a spouse, that spouse usually dies. . . It has been my impression that very often you have a healthy person and an invalid and the healthy person dies before the invalid.

[Translation]

M. Wilbee: Il faudrait donc, peut-être, que le gouvernement fédéral axe davantage son action sur les autochtones et les régions isolées.

Connaissez-vous la clinique de Dease Lake, en Colombie-Britannique, où collaborent les gouvernements, l'Association médicale de la C.-B., etc.?

Mme Fulton: Je viens juste d'être transférée en Colombie-Britannique.

M. Wilbee: Est-ce un bon système qui pourrait être adapté à d'autres localités?

Mme Fulton: Je n'en sais rien. Le transfert de la responsabilité en matière de santé des autochtones à des groupements autochtones est à l'heure actuelle une question politique controversée et, lorsqu'il y a une question politique controversée, on oublie parfois les problèmes de santé importants. Il s'agit-là d'un mécanisme qui est un signe d'indépendance.

Ce que l'on oublie souvent, c'est qu'il faut d'abord décider de quel modèle vous voulez vous inspirer. Si vous croyez au modèle médical, vous avez besoin d'installer des médecins dans ces localités; si vous croyez au modèle social, vous avez besoin de travailleurs sociaux et de maîtres d'école dans ces localités ainsi que d'eau potable, de réseaux d'égouts qui fonctionnent et de maisons chauffées. Le modèle de politique publique en matière de santé s'efforce de découvrir toutes les autres façons dont on peut améliorer la santé des gens. Ensuite, des problèmes tels que la mortalité infantile se résoudront d'eux-mêmes.

Les hôpitaux ne sont pas l'unique raison de notre bonne santé au Canada. L'excellente qualité de notre réseau d'adduction d'eau, de notre service d'hygiène publique et de notre système d'assainissement ainsi que la vaccination des enfants ont contribué davantage à la bonne santé de notre pays qu'une multitude d'établissements de soins de santé.

Plus de la moitié des sommes que nous consacrons en moyenne à la santé des Canadiens, sont dépensées au cours de la dernière année de leur vie et la presque totalité, au cours du dernier mois. À mon avis, nous prenons le problème par le mauvais bout.

M. Wilbee: Au sujet de la maladie d'Alzheimer, vous avez déclaré un peu plus tôt que si les soins sont donnés par le conjoint, ce conjoint meurt habituellement. . . J'ai l'impression que bien souvent vous avez une personne en bonne santé et un invalide et que cette personne en bonne santé meurt avant l'invalidé.

• 0950

What is your solution to the problem? We have to look after Alzheimer's patients or whatever the problem is. Are you advocating more extended care or community input? How are you going to handle these patients?

Comment pensez-vous résoudre le problème? Il nous faut bien prendre soin des malades souffrant de la maladie d'Alzheimer, quels que soient les problèmes rencontrés. Êtes-vous en faveur de soins plus élargis ou d'une participation de la collectivité? Comment allez-vous prendre en charge ces malades?

[Texte]

Ms Fulton: This is stepping off the big policy area and into the micro level, but it is a good question and deserves to be answered.

Mr. Wilbee: There is a principle involved.

Ms Fulton: On principle, I think if we move into a healthy public policy mode, we can solve this problem better. We need access to day hospitals so that the spouse can function at work or have a normal day in an environment without the destruction of someone with severe dementia. Alzheimer's is a disease that comes and goes. Sometimes it is really terrible; sometimes it is not. We need to make it possible for those people to have other kinds of support. Maybe they need a different kind of housing support, maybe they need a visiting homemaker, maybe they need a visiting nurse, or maybe the family needs support. We are terrible in Canada about early assessment.

Dementia is a signal of a number of things: brain tumours, the wrong kinds of medication, some kind of nutritional imbalance, as well as Alzheimer's. If we cannot tell the patient he is lucky and simply has a benign brain tumour, we are condemning people to years of the wrong kinds of treatment and the wrong kinds of expectation.

If we could respond with more social support and with more opportunities for normal lifestyle by the care-giver, I think we could extend the life and quality of life of the care-giver. We will never in this country be free from the need for long-term care for the severely mentally disabled, whether it is from Alzheimer's, motor vehicle accidents, birth accidents or whatever.

Our culture has changed so that most people are expected to go to work. We do not have the sort of old farm style where all of your disabled family members could function with a minimalist kind of job. I see a need for increased depth in social support for that kind of family crisis.

Mrs. Clancy: Dr. Fulton, I think many of us could sit here and listen to you all day.

Ms Fulton: You are lucky because you get to leave, but my students get me for 50 hours a term.

Mrs. Clancy: Indeed. Lucky students. In Dr. Wilbee's questioning of you, you mentioned the fact that dementia can come from a nutritional imbalance too. Is this widely known? I have never heard that before.

[Traduction]

Mme Fulton: Nous sortons des politiques d'ensemble pour entrer dans les cas particuliers, mais c'est une bonne question qui mérite réponse.

M. Wilbee: Il y a là un principe en jeu.

Mme Fulton: Sur le plan des principes, je considère que si l'on se dirige vers un modèle de santé publique, on résoudra le problème dans de meilleures conditions. Il faut que les malades puissent être hospitalisés pendant la journée de façon à ce que leur conjoint puisse travailler et passer leur journée dans un cadre normal, sans être détruit par le fait de côtoyer en permanence une personne souffrant de graves accès de démence. La maladie d'Alzheimer est une maladie qui s'aggrave ou qui s'atténue selon les périodes. Elle peut être parfois terrible et d'autres fois elle est plus bénigne. Il faut que les gens concernés puissent avoir d'autres types d'appui. Ils ont besoin parfois d'un autre type de soutien en matière de logement, d'une aide ménagère, de la visite d'une infirmière ou encore de l'aide de la famille. Les premiers diagnostics au Canada sont très mal faits.

La démence provient d'un certain nombre de causes: tumeur au cerveau, erreur de médicaments, certains déséquilibres alimentaires ou encore maladie d'Alzheimer. Si nous ne sommes pas en mesure de dire au malade qu'il a de la chance et qu'il a tout simplement une tumeur bénigne au cerveau, nous le condamnons pendant des années à subir un traitement mal adapté et à s'attendre à des choses qui n'arriveront pas.

Si nous pouvions apporter davantage d'aide sur le plan social et offrir à la personne qui donne les soins davantage de possibilités de vivre une vie normale, je pense que nous réussirions à prolonger la durée et la qualité de la vie de ceux qui dispensent les soins. Notre pays ne pourra jamais se passer des services de soins à long terme pour les malades mentaux gravement atteints, qu'il s'agisse de la maladie d'Alzheimer, d'accidents de la route, d'accidents à la naissance ou autres.

Notre culture a évolué et l'on s'attend à ce que la majorité des gens travaillent. Nous n'avons plus le type d'économie agricole dans laquelle tous les membres handicapés de la famille pouvaient se rendre utiles en effectuant un travail minime. À mon avis, nous avons besoin de meilleurs mécanismes d'appui au sein de notre société pour faire face à ce type de crise familiale.

Mme Clancy: Madame Fulton, je pense que nous serions nombreux à pouvoir passer ici la journée à vous écouter.

Mme Fulton: Vous avez de la chance de pouvoir partir, mais mes étudiants doivent me supporter 50 heures par trimestre.

Mme Clancy: Eh bien, ils ont de la chance. En répondant à une question posée par le Dr. Wilbee, vous avez signalé que la démence pouvait être causée par un déséquilibre alimentaire. Est-ce un fait largement connu? Je n'en avais encore jamais entendu parler.

[Text]

Ms Fulton: It is certainly well known amongst health providers. I spent two years as a trustee at Elizabeth Bruyère and was really involved in the Alzheimer program. One of the biggest problems we see in the elderly is that they often visit more than one physician. They often misread their medicine, they often take them at the wrong time or too many or they forget. One of the most significant things that happens when an elderly person is assessed by a team, which consists in Ottawa—Carleton of a physician, a nurse and a social worker, is that they take them off the medications they do not need and their ability to function improves enormously.

The second thing we have discovered with the elderly is that if you can get them physically fit, they do not need to be in long-term care facilities. A wonderful study was just done at Harvard with a group of patients 85 to 95 years old, all of whom were institutionalized. They were put through a 90-day muscle mass program and about half of them were able to go home.

We do some things quite badly. The reason this information does not get widely available is that we do not have a single source for dissemination. I can see a tremendous role for the federal government—

Mrs. Clancy: As a communication—

Ms Fulton: Even if you had a Health and Welfare health letter, as Berkeley has, a wellness letter—things that go to ordinary people. If I knew that my mother's dementia could be caused by the fact that she was not eating anything that contained calcium or anything that contained potassium because she was a tea-and-toast granny, I could deal with that. I could get her into the right kind of situation.

We have shifted a little bit in the public's eyes from the medical model where the doctor is in charge to having some kind of consumer participation and responsibility. If we are going to have a healthy nation in the year 2030, people are going to have to spend more attention on their own health. We can no longer place ourselves in the hands of a physician. We are not going to be able to afford it. This is what we want: more people to be more knowledgeable and in control.

The new Canadian Medical Association book on pharmaceuticals and over-the-counter drugs is, in my view, the single most wonderful thing that vested interest group has ever done. They have put in the hands of the consumers the ability to understand in simple language what is going to happen to them if they take a medication, when to take it, when not to take it and when to call for help if there is a problem. It is superb. I am sorry Health and Welfare did not do it.

[Translation]

Mme Fulton: Ceux qui dispensent des soins de santé le savent bien. J'ai été pendant deux ans administratrice à Elizabeth-Bruyère et j'ai suivi de près le programme relatif à la maladie d'Alzheimer. L'un des gros problèmes que nous posent les personnes âgées, c'est qu'elles rendent souvent visite à plusieurs médecins. Souvent, elles lisent mal leur posologie, elles prennent leurs médicaments au mauvais moment ou en oubliant un grand nombre. Le plus souvent, lorsqu'une personne âgée est prise en charge par une équipe, qui se compose à Ottawa-Carleton d'un médecin, d'une infirmière et d'un travailleur social, on commence par lui supprimer les médicaments dont elle n'a pas besoin et son état s'améliore considérablement.

La deuxième chose que nous avons constaté au sujet des personnes âgées, c'est qu'à partir du moment où on réussit à les remettre physiquement en forme, elles n'ont plus besoin des services de soins à long terme. Une étude formidable vient d'être faite à Harvard sur un groupe de malades âgés de 85 à 95 ans, qui étaient tous en établissement. On leur a fait suivre un programme de musculation de 90 jours et la moitié d'entre eux ont pu rentrer chez eux.

Il y a certaines choses que nous faisons très mal. On connaît mal ce genre d'information parce qu'il n'y a pas une source unique de diffusion. Le gouvernement fédéral aurait, à mon avis, un rôle formidable à jouer. . .

Mme Clancy: Sur le plan de la communication. . .

Mme Fulton: Il suffirait d'avoir un bulletin de forme physique, comme à Berkeley, un bulletin sur la santé, quelque chose qui s'adresse aux gens ordinaires. À partir du moment où je sais que la démence de la mère s'explique par le fait qu'elle ne mange rien qui contienne du calcium ou du potassium parce qu'elle se contente de tremper des rôties dans son thé, je peux agir. Je peux m'efforcer de changer son alimentation.

Nous avons évolué quelque peu aux yeux de l'opinion publique depuis le modèle médical dans lequel le médecin prenait tout en charge, pour demander aux consommateurs de participer davantage et de faire preuve de responsabilité. Pour que notre nation soit en bonne santé en l'an 2030, il faudra que notre population accorde davantage d'intérêt à sa propre santé. Nous ne pouvons plus nous en remettre aux médecins. Nous ne pourrions plus nous le permettre. Voilà ce qu'il nous faut: davantage de gens plus conscients des problèmes et plus responsables.

Le nouvel ouvrage de l'Association médicale canadienne sur les produits pharmaceutiques et les médicaments délivrés sans ordonnance est, à mon avis, la meilleure chose qu'un groupement d'intérêts nous ait jamais donnée. Cette association a mis entre les mains du consommateur un ouvrage rédigé dans une langue simple, qui lui permet de comprendre ce qui va arriver si l'on prend tel ou tel médicament, quand il faut le prendre, quand il faut s'en abstenir et quand il est nécessaire de faire appel au médecin. C'est une merveille. Je regrette que le ministère de la Santé et du Bien-être n'en soit pas l'auteur.

[Texte]

[Traduction]

• 0955

Mrs. Clancy: In the same vein when you talked before about the shortage of nurses, which is a major, major problem in this country, taking a quantum leap, if you will, to solving that shortage, then obviously in the social model a much broader, if you will, scope of activity for nurse practitioners would be the ideal. Do you see that, with the eventual evolution of the social model of medicine, as something that patients, or consumers, whichever you want to call them, will accept readily—

Ms Fulton: You bet.

Mrs. Clancy: —or will there be a problem with the acceptance of that?

Ms Fulton: One of the finest studies of nurse practitioners done in the world was done here in Canada, in Burlington. Half of the town was put in a randomized control trial where people saw the physician first, and the other half were allowed to see a nurse practitioner first. The health of the people who saw the nurse practitioners was judged by a panel of experts to be at least as good, probably better. Patients loved it.

We no longer train nurse practitioners in Canada. Physicians do not want them as part of the health team. There is not one single school in this country. We are the only developed nation on earth that does not train nurse practitioners. And we are the only developed nation on earth that does not have legalized midwifery. We should be embarrassed.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): I think we should be embarrassed by some of those things. You are right. I apologize for being a little late. I wonder whether we might not discuss this at some stage when Ms Fulton might be able to come back.

The Chairman: You can discuss it in the next three or four minutes, Mr. Axworthy, please.

Mr. Axworthy: Sir, it would certainly be useful if she did have an opportunity to come back at some stage.

You talked about a patient's self, or a person's self—their own responsibility for some aspects of their health care, and I agree with you that this is important. I wonder if you could comment a little bit on the impact of environmental matters, economic matters, social matters, and things like illiteracy, which are, it seems to me, totally outside the responsibility and the control of any of us individually and yet have a major impact on our health. I wonder if you could comment on what you see as the federal government's commitment to health care, bearing in mind we are still continuing to experience, and

Mme Clancy: Je veux en revenir à la pénurie d'infirmières à laquelle vous avez fait allusion, et qui est un problème d'une grande importance, d'une très grande importance dans ce pays; si l'on veut faire de véritables progrès pour remédier à cette pénurie, il faudra bien entendu, dans l'idéal, étendre le champ des activités des infirmières dans le cadre d'un modèle social très élargi. Envisagez-vous cette possibilité, avec l'évolution en fin de compte du modèle social de la médecine, les malades, ou les consommateurs, quel que soit le nom que vous leur donnez, acceptant facilement. . .

Mme Fulton: Bien sûr.

Mme Clancy: Ou auront-ils des difficultés à accepter?

Mme Fulton: L'une des meilleures études qui ait été faite dans le monde au sujet des infirmières spécialisées a été réalisée au Canada, à Burlington. Un échantillon choisi au hasard de la population de la moitié de la ville a reçu d'abord la visite d'un médecin et un autre échantillon, correspondant à l'autre moitié de la population, a reçu d'abord la visite d'une infirmière spécialisée. Les gens qui ont reçu d'abord la visite d'une infirmière ont été jugés par un groupe de spécialistes comme étant au moins en aussi bonne santé, sinon en meilleure santé, que les autres. Les malades ont bien aimé l'expérience.

Nous ne formons plus d'infirmières spécialisées au Canada. Les médecins n'en veulent pas dans leur équipe de soins. Il n'y a plus d'école assurant cette formation au pays. Nous sommes le seul pays développé au monde qui ne forme pas d'infirmières spécialisées. Nous sommes aussi le seul pays développé au monde qui n'ait pas légalisé les sages-femmes. Nous devrions en avoir honte.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Je suis aussi d'avis que nous devrions avoir honte de certaines choses. Vous avez bien raison. Je vous prie de m'excuser d'être un peu en retard. Je me demande si nous ne pourrions pas revenir sur toutes ces questions à une date ultérieure, en convoquant à nouveau M^{me} Fulton.

Le président: Vous pouvez en discuter au cours des trois ou quatre prochaines minutes. Allez-y, monsieur Axworthy.

M. Axworthy: Il serait bon, à n'en pas douter, que le témoin puisse revenir à une étape ultérieure.

Vous nous avez parlé de la personne du malade, de la personnalité de chacun, du fait que l'on est responsable en partie de sa santé, et je suis d'accord avec vous pour dire que c'est important. Pourriez-vous aussi nous faire quelques commentaires sur les incidences des questions d'environnement, des questions économiques, des questions sociales et de questions comme l'analphabétisme, lesquelles, il me semble, échappent totalement à la responsabilité et au contrôle de chacun d'entre nous tout en ayant d'énormes répercussions sur notre santé. Pourriez-vous nous indiquer ce qui vous

[Text]

indeed in many instances increase, the incidence of environmental problems, economic deprivation, social deprivation, and so on. That is just one question.

The second question, and then you can take the time that you have available—

Ms Fulton: You are limited to five minutes.

Mr. Axworthy: Yes.

Ms Fulton: But I can ramble on?

The Chairman: No, we have other witnesses waiting for a 10 a.m. start.

Mr. Axworthy: You mentioned in some responses to Dr. Halliday some limits on the responsibility of the federal government as you saw it. What do you think the federal government can do to improve health prevention techniques and to ensure that more prevention is taking place at the grassroots level? We are concerned with how we see the federal role rather than the provincial role in this committee.

Ms Fulton: First of all I believe that the federal government has probably the most significant role to play in the health of the nation if you do not consider the delivery of health care to be the most significant aspect of health. Earlier I argued that provincial governments have enormous power because they deliver health care and they control that enormous pile of money which, at the moment, is plowed into things whose value we do not know. We do know, for example, we do too many cesarean sections, but we do not know when we should do one and when we really should not. We just know that compared to the world average we do too many. We used to take out too many tonsils until the evidence was in that taking out tonsils did not improve the health of the child, so we stopped.

In terms of literacy, environmental issues and those sorts of things, the president of the Alberta Medical Association has just made headlines in medical literature all over the world by saying that in his view the control of environmental damage was the single most critical health issue for Canada and for all nations, and that we should stop worrying about middle-aged men with chest pain and start worrying about the well-being of the earth. Well, for a very right-wing, very establishment physician, this is an incredible kind of revelation.

I think the role of the federal government in health—it is health and welfare that we talk about, not health care and welfare—your role is to create an environment in which, for Canadians, the healthy choice is the easy choice.

[Translation]

paraît relever de la responsabilité du gouvernement fédéral en matière de soins de santé, en tenant compte du fait que nous continuons à subir, et dans certains cas à en souffrir de plus en plus, les conséquences des problèmes d'environnement, des privations économiques, des injustices sociales, etc. C'était ma première question.

La deuxième question, et vous pourrez y consacrer le temps qu'il vous reste. . .

Mme Fulton: Nous n'avons que cinq minutes.

M. Axworthy: Oui.

Mme Fulton: Puis-je m'étendre sur le sujet?

Le président: Non, nous avons d'autres témoins qui nous attendent à 10 heures.

M. Axworthy: Vous avez indiqué en réponse au Dr Halliday qu'il y avait à votre avis des limites au pouvoir fédéral. Que pensez-vous que le gouvernement fédéral puisse faire pour améliorer les techniques de prévention et s'assurer que l'on prenne davantage de précautions à la base en matière de santé? Au comité, nous préoccupons davantage du rôle du fédéral que de celui des provinces.

Mme Fulton: Tout d'abord, je considère que le gouvernement fédéral a probablement un rôle particulièrement important à jouer en matière de santé, à condition que l'on ne privilégie pas en matière de santé les services de soins de santé. J'ai dit précédemment que les gouvernements provinciaux jouissaient d'un pouvoir énorme parce que c'était eux qui dispensaient les soins de santé et qu'ils contrôlaient les masses énormes d'argent qui, à l'heure actuelle, sont investies dans des choses dont nous ne connaissons pas la valeur. Nous savons, par exemple, que nous faisons bien trop de césariennes, mais nous ne savons pas quand les faire et quand nous en abstenir. Nous savons tout simplement que nous en faisons trop lorsqu'on compare nos statistiques aux statistiques mondiales. Nous faisons trop d'opérations des végétations jusqu'à ce que nous découvrions que l'opération des végétations n'améliorait pas la santé des enfants, et nous avons donc cessé d'en faire.

Sur la question de l'analphabétisme, de l'environnement, etc., le président de l'Association médicale de l'Alberta vient dernièrement de faire les manchettes dans les revues médicales du monde entier en déclarant qu'à son avis, la lutte contre les dégâts causés à l'environnement constituait le principal enjeu pour la santé de la population canadienne et du monde entier et qu'il fallait cesser de nous inquiéter pour la santé des hommes d'âge mûr ayant des problèmes de cœur pour commencer à nous inquiéter de la santé de la terre. Voilà une révélation tout à fait étonnante de la part d'un médecin de droite et bien établi.

Je pense que le rôle du gouvernement fédéral en matière de santé—nous parlons de santé et de bien-être et non de soins de santé et de bien-être—ce rôle, donc, est de créer pour les Canadiens un environnement qui les incite à faire automatiquement le bon choix pour leur santé.

[Texte]

[Traduction]

• 1000

Secondly, in terms of prevention and health promotion, the federal government's main power lies with its ability to produce evidence. Nobody so far has produced evidence to show that healthy behaviours will in fact create health that is cost effective in the long run. We do know that if you stop smoking you will not die as soon, which saves people money in terms of your health care, but they will have to pay your pension longer.

Those tough economic research projects need to be done and some sort of drive from the federal government is needed to do that. The provinces are too close to delivering chemotherapy and creating centres of oncology to deal with the big problem of how to stop this in the future. I really see that as a federal mandate.

Mme Nicole Roy-Arcelin (députée de Ahuntsic): Docteure Fulton, nous vivons vraiment dans un monde de consommation à outrance. Je veux dire par là, soit que l'on mange trop, soit que l'on ne mange pas assez. La société moderne crée de nouvelles maladies, et je ne parle pas du cancer ni du sida, mais des maladies psychosomatiques également. On a parlé beaucoup, ce matin, des gens qui fréquentent de plus en plus les médecins, etc., et on ne fait plus que ça, maintenant.

Selon vous, est-ce que ce n'est pas inévitable puisque l'on a de plus en plus de problèmes dans la société? On ne va plus chez le docteur pour des maladies d'ordre physique uniquement. Avec les croyances qui diminuent, etc., les gens ont besoin d'une soupape de sécurité, d'être réconfortés. Ils vont voir souvent les médecins pour des problèmes familiaux ou sociaux, et cela plus souvent que pour des maladies physiques. Pour l'avenir, ne devrait-on pas tenir compte de cette nouvelle forme de fréquentation chez les médecins?

Ms Fulton: That was in French, so I am going to try to indicate whether or not I have understood the question. Those of us in British Columbia were not blessed with bilingual education.

My understanding of your question is that the physical dilemmas that people face are often urgent and those things require intervention from a physician, whereas some of these other social aspects require different kinds of policy impact from you.

I believe we will always need physicians. I believe the role of the hospital in Canada is changing. It will be much smaller, high tech, in and out quickly, and the nursing that will be required as the result of a physical malady, an ailment, a problem, an accident, will be done someplace else. The hospital will be the high technology intervention centre and no longer an area where we go because we need nursing care.

En second lieu, sur le plan de la prévention et de la promotion de la santé, le grand pouvoir du gouvernement fédéral, c'est sa possibilité de nous fournir des preuves. Jusqu'à présent, personne ne nous a fourni la preuve que des comportements sains sont en fait une source de santé rentable à long terme. Nous savons, par contre, qu'une personne qui arrête de fumer va vivre plus longtemps, ce qui permet à la société d'économiser de l'argent sur les soins de santé, mais l'oblige à payer une pension de retraite pendant plus longtemps.

Ces difficiles projets de recherche économique doivent être menés à bien et il faut pour cela que le gouvernement fédéral fasse preuve d'une certaine initiative. Les provinces sont trop occupées à fournir des services de chimiothérapie et à créer des centres oncologiques pour aborder la grande question de savoir comment supprimer tout cela à l'avenir. Je pense qu'il y a là un mandat fédéral.

Mrs. Nicole Roy-Arcelin (Ahuntsic): Dr. Fulton, we live in fact in an extreme consumer world. I mean by that, either we eat too much, or we do not eat sufficiently. Modern society creates new diseases, I do not refer to cancer or AIDS, but psychosomatics diseases too. We talked a lot this morning about people seeing more and more physicians, and so on, it is a way of life now.

Do you think this is inevitable as problems increase in our society? We no longer go to a doctor for physical elements only. Church practice is diminishing, and so on, and people need a way out, they need to be comforted. They will frequently go to a doctor because of family or social problems, more often than for a physical element. For the future, should we not take note of this new form of practice for physicians.

Mme Fulton: La question a été posée en français et je m'efforcerai de vous prouver par ma réponse si je vous ai bien compris. En Colombie-Britannique, nous n'avons pas eu la chance d'avoir un enseignement bilingue.

Si je comprends bien votre question, les gens font souvent face à des problèmes physiques urgents, qui exigent l'intervention d'un médecin, alors que d'autres dimensions sociales du problème exigent d'autres réponses politiques.

Je pense que nous aurons toujours besoin des médecins. À mon avis, le rôle de l'hôpital au Canada est en train de changer. Nous aurons des hôpitaux bien plus petits, dotés d'un équipement de pointe, dans lesquels les gens entreront et sortiront rapidement, et les soins infirmiers qui seront nécessaires à la suite d'une maladie, d'une infection, d'un problème, d'un accident, seront donnés autre part. L'hôpital sera un centre d'intervention de haute technologie et non plus un établissement dans lequel sont donnés des soins infirmiers.

[Text]

In 1300 we went to hospitals to die. In 1600 we went to hospitals to give birth to children and to be assessed—most of us died giving birth in 1600 because of puerperal fever. Now we go to hospitals because physicians do something to us that requires nursing care. In my view, by the year 2000, nursing care will be something that you take home with you; you will not go to hospitals for nursing care. We will never, in my view, be exempt from the requirements of high technology, physician intervention with the human condition. Canadians expect it. It has been promised to them. It is like pensions and family allowance.

We will therefore not see very much change in the current health care delivery system. My concern is what we do with any incremental dollars, anything extra we find, to prevent the need for physician and technical intervention. It is a scary, unpleasant thing to need major surgery. Most people do not like it very much. I think in terms of quality of life we could do much better spending some money someplace else.

However, the main role of the federal government, in my view, is to help the provinces understand where they can best spend their money and that we are terrible in terms of the research we are able to do in Canada because of the lack of the money that will help us make better decisions in the future. We only make decisions and changes because the Americans have made changes or the Swedes have made changes. The only leadership position we have at the moment is health promotion.

Mme Roy-Arcelin: Merci.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Fulton.

I think it is indicative of the interest the committee has shown that we could spend much more time with you, and I am sure we have a lot of other questions. I do sincerely thank you, on behalf of the committee, for appearing here today.

• 1005

I have been asked to inquire of you, Doctor, if copies of your slide presentation may be made available.

Ms Fulton: Yes.

The Chairman: If you could provide that to our clerk, I will see that it is distributed to members of the committee. The other item you mentioned, the book *Health Care in Canada*, will remain with either the clerk or our research staff if members would like to use this from time to time.

[Translation]

En 1300, les gens entraient à l'hôpital pour mourir. En 1600, ils entraient à l'hôpital pour accoucher et pour être évalués—la plupart des femmes mouraient lors d'un accouchement en 1600 en raison de la fièvre purpurale. Aujourd'hui, nous entrons à l'hôpital parce que les médecins font une opération qui exige des soins infirmiers. À mon avis, en l'an 2000, les soins infirmiers se feront à domicile; on n'ira pas à l'hôpital pour y suivre des soins infirmiers. Nous ne pourrons jamais nous passer, à mon avis, de la haute technologie, de l'intervention des médecins sur les maladies humaines. Les Canadiens s'attendent à cela. C'est ce qui leur a été promis. C'est comme les pensions ou les allocations familiales.

Nous ne verrons donc pas de grands changements par rapport aux soins de santé qui sont délivrés à l'heure actuelle. Ce qui m'intéresse, ce sont les dollars supplémentaires, tous les montants que nous pourrions dégager par ailleurs, pour éviter d'avoir à recourir aux médecins et à une intervention spécialisée. Une grosse opération de chirurgie est une chose qui fait peur, qui n'est pas très agréable. La plupart des gens la craignent comme la peste. Je pense que sur le plan de la qualité de la vie, nous avons mieux à faire avec l'argent dont nous disposons.

En ce qui concerne cependant le principal rôle que doit jouer le gouvernement fédéral, il s'agit à mon avis d'aider les provinces à comprendre où elles doivent placer leur argent en leur indiquant que nos résultats sont tout à fait catastrophiques sur le plan de la recherche qui pourrait être faite au Canada, parce qu'on a pas l'argent qui nous aiderait ainsi à prendre de meilleures décisions pour l'avenir. Nous ne prenons des décisions et nous ne faisons des changements que lorsque les Américains l'ont fait ou lorsque les Suédois l'ont fait. Notre seule initiative à l'heure actuelle relève du domaine de la promotion de la santé.

Mrs. Roy-Arcelin: Thank you.

Le président: Merci beaucoup, madame Fulton.

Le fait que nous aimerions vous consacrer beaucoup plus de temps témoigne de l'intérêt du comité, et je suis sûr que nous aurions beaucoup d'autres questions à vous poser. Je vous remercie chaleureusement, au nom du comité, d'avoir comparu aujourd'hui.

On me dit de vous demander, madame, si vous pouvez nous fournir une copie de votre diaporama.

Mme Fulton: Oui.

Le président: Si vous pouviez la remettre à notre greffière, je la ferais parvenir aux membres du comité. L'autre document que vous avez mentionné, «Les soins de santé au Canada», restera soit en la possession de la greffière, soit entre les mains de notre personnel de recherche, si les membres du comité veulent le consulter à l'occasion.

[Texte]

We look forward to including your testimony in the evidence being presented to the committee as they sit through the hearings. Thank you very much, Doctor.

Ms Fulton: Thank you for the privilege.

The Chairman: We now have, from the National Advisory Council on Aging, Susan Fletcher, Director; Mr. Joel Aldred, member of the Ontario Advisory Council on Aging; and Judith Stryckman, Chief of Research and Policy Development.

We thank you for appearing before us today. As I mentioned earlier, unfortunately we work within time constraints in this business, and we do have other commitments for the meeting room at 11 a.m. We will therefore hear your presentation at this time, followed by questions from the members.

• 1010

I welcome you to the committee and look forward to hearing your evidence today. Thank you very much.

Mr. Joel Aldred (National Advisory Council on Aging): Thank you, Mr. Chairman. With me is Susan Fletcher, Director of the National Advisory Council on Aging, and Judith Stryckman, Chief of Research and Policy Development.

NACA, or the National Advisory Council on Aging, was established by the Government of Canada in 1980 with a mandate to assist and advise the federal minister of health and welfare on all matters related to the quality of life of the aged and the challenges of population aging. The council also works closely with the federal minister of state for seniors.

In my presentation I will basically follow the outline of the first seven pages of the report you have before you. I will, however, from time to time be referring to some of the material in the main body of the document.

Before I begin, I should point out that the majority of our 18-member council representing all provinces of Canada and the territories are seniors, over the age of 65. I say that in passing so you will recognize that we have seen a lot of life—in war and in peace. We represent a broad spectrum of life's interests and life's history. We are not similar to the advocacy organizations such as Canadian Pensioners Concerned Incorporated, United Senior Citizens of Ontario Inc., or One Voice Seniors Network (Canada) Inc. We are an unbiased group advising two ministers, and we wish to leave a legacy that will enhance the older years of those who will follow us.

[Traduction]

Nous espérons pouvoir faire figurer votre témoignage parmi les documents présentés au comité tout au long des audiences. Je vous remercie, madame.

Mme Fulton: Je vous remercie de m'avoir accordé l'honneur de comparaître devant le comité.

Le président: Nous allons maintenant entendre Susan Fletcher, directrice du Conseil consultatif national sur le troisième âge; Joel Aldred, membre du Conseil consultatif de l'Ontario sur le troisième âge et Judith Stryckman, chef du Service de recherche et d'élaboration des politiques.

Je vous remercie de comparaître devant nous aujourd'hui. Comme je l'ai indiqué précédemment, le temps qui nous est imparti est malheureusement limité et nous devons libérer la salle à 11 heures. Nous allons donc écouter votre exposé maintenant, qui sera suivi par des questions posées par les membres.

Je vous souhaite la bienvenue au comité et je vous cède tout de suite la parole pour écouter votre témoignage. Merci beaucoup.

M. Joel Aldred (Conseil consultatif national sur le troisième âge): Merci, monsieur le président. Voici Suzanne Fletcher, directrice du Conseil consultatif national sur le troisième âge, et Judith Stryckman, chef du Service de recherche et d'élaboration des politiques.

Le CCNTA, ou le Conseil consultatif national sur le troisième âge, qui a été créé par le gouvernement Canadien en 1980, a pour mandat d'aider et de conseiller le ministre fédéral de la Santé et du Bien-Être social sur toutes les questions se rapportant à la qualité de la vie des personnes âgées et aux défis que représente le vieillissement de la population. Le Conseil travaille en outre en étroite collaboration avec le ministre d'État fédéral pour le troisième âge.

Dans mon exposé, je suivrai pour l'essentiel l'aperçu donné dans les sept premières pages du rapport que vous avez devant vous. De plus, je me reporterai à l'occasion à certaines des données qui se trouvent dans le corps du document.

Je tiens à signaler dès le départ que la majorité des 18 membres de notre conseil, qui représente toutes les provinces du Canada et les deux territoires, sont des aînés, c'est-à-dire qu'ils ont plus de 65 ans. Je le dis en passant pour vous rappeler que nous avons une longue expérience de la vie—en temps de guerre comme en temps de paix. Nous représentons tous les aspects de la vie, que ce soit ses intérêts ou son histoire. Contrairement à des groupes de revendication comme la Corporation des retraités canadiens intéressés, les *United Senior Citizens of Ontario Inc.*, ou La Voix—Le Réseau des aînés (Canada) Inc., nous n'avons pas de parti pris dans les conseils que nous donnons à deux ministres et nous souhaitons laisser en héritage des conditions susceptibles d'améliorer la qualité de la vie des aînés qui nous suivront.

[Text]

I begin with NACA's philosophy concerning health and seniors. NACA supports the stated Canadian perspective that health is a resource for living. NACA believes health is determined by a variety of factors, all intertwined, including human biology, environment, lifestyle, and health services. We believe health care services and/or programs must be based on the needs of the client rather than those of the institution or of the individuals providing these services. We believe seniors are not a uniform group just as the population of Canada is not uniform. These facts must be considered in the planning and delivery of health-related services.

We now offer our responses to the issues specified in the committee's terms of reference that are pertinent to NACA's expertise.

Issue number one: The aging population and its impact on the health care system. Do the current methods of financing encourage less costly alternatives to institutionalized care for frail elderly and chronically ill persons? The answer is no, for the following reasons:

1. Current methods of financing do not recognize the multi-dimensional nature of health;
2. Current methods of financing put too much emphasis on institutional, acute, and curative services using a medical model;
3. The lack of regionalization of needs determination and funding decisions does not allow the health care system to focus on local needs and concerns, to build on local strengths, and to form alliances with grassroots initiatives. Including both the consumers and the providers in the planning process will help to target funding to the real needs;
4. The system of health care service delivery is not integrated and co-ordinated in a cost-effective manner. For example, funding to the Victorian Order of Nurses for Ontario is being reduced at the same time that there is a greater demand for chronic care support in the home;
5. The service providers receiving the largest proportion of health care funds are not willing to see some of their portion of the budget re-allocated to other professional groups or other sectors whose contribution could help to meet seniors' needs more adequately.

• 1015

6. There is no adequate funding for the training of health care professionals and para-professionals in

[Translation]

Je commencerai par la philosophie du CCNTA en ce qui concerne la santé et les aînés. Le CCNTA reconnaît le principe posé par le gouvernement du Canada, selon lequel la santé doit être l'une des ressources essentielles à la vie. Le CCNTA est d'avis que la santé est déterminée par divers facteurs, qui interagissent entre eux, notamment la biologie humaine, le milieu, le style de vie et les services de santé. Nous estimons que les services ou programmes de soins de santé doivent être fondés sur les besoins de la clientèle plutôt que sur ceux de l'établissement ou des personnes qui offrent ces services. Nous croyons que les aînés ne constituent pas un groupe uniforme, de la même manière que la population canadienne n'est pas uniforme. Il importe de tenir compte de ces faits dans la planification et la prestation des services de santé.

Voici maintenant les réponses que nous donnons aux questions posées dans le mandat du comité et relevant de la compétence du CCNTA.

Première question: Le vieillissement de la population et son incidence sur le système de soins de santé. Le méthodes actuelles de financement encouragent-elles le recours à une formule moins onéreuse que celle des soins en établissement pour les personnes âgées vulnérables et pour les malades chroniques? La réponse est non, pour les raisons suivantes:

1. Les méthodes actuelles de financement ne tiennent pas compte de la nature multidimensionnelle de la santé;
2. Les méthodes actuelles de financement mettent trop l'accent sur les services offrant des soins en établissement, aigus et curatifs, conformément au modèle médical;
3. La définition des besoins et les décisions de financement, faute de se faire au niveau des régions, ne permettent pas au système de soins de santé de concentrer son attention sur les préoccupations et les besoins locaux, de façon à ce que ce système prenne appui sur les compétences locales et sur les initiatives des intervenants qui oeuvrent à la base. L'inclusion des consommateurs et des dispensateurs des soins de santé, comme parties au processus de planification aiderait à mieux canaliser les fonds vers les véritables besoins;
4. Le système de prestation des services de soins de santé n'est pas intégré ni coordonné de façon rentable. Par exemple, on réduit les fonds d'aide accordé aux infirmières de l'Ordre de Victoria de l'Ontario alors même que la demande de soins de santé pour les malades chroniques au foyer ne font qu'augmenter;
5. Les dispensateurs de services qui reçoivent la majorité des fonds consacrés aux soins de santé ne sont pas disposés à ce qu'une certaine partie de leur budget soit affectée à d'autres groupes professionnels ou à d'autres secteurs, dont la contribution permettrait pourtant de mieux répondre aux besoins des aînés.

6. Il n'y a pas assez de fonds disponibles pour la formation des professionnels et des paraprofessionnels des

[Texte]

gerontology and geriatrics. More appropriate training of physicians would ensure their better use of health care resources on behalf of seniors and the same applies to research.

Question: How can we plan future health care services for elderly persons based on the projections of present trends? We can plan for future health care services for seniors if we analyse all relevant trends objectively and thoroughly.

The following points certainly need to be highlighted:

1. Health costs as a percentage of gross domestic product in Canada have remained relatively stationary over the past decade.

2. Demographic changes are not the major cause of rising health costs.

3. Seniors have been motivated to improve their lifestyles and to curtail ingrained behavior patterns that may endanger their health. Trends reflecting potential changes in health status must be considered in projecting future health needs.

4. The current system of health care services is likely to undergo significant transformations in the future because of pressures from a number of sources. We cannot project future needs by simplistically pushing present structures forward into the future, but we must try to take into consideration likely adjustments and transformations.

Issue 2: The accessibility of various types of health care services to all regions and categories of people.

Question: How can we ensure that an adequate level of health services is available to those in rural and remote areas?

1. To ensure an adequate supply or adequate level of health services in rural and remote areas, measures must be taken to encourage and facilitate regional or local identification of health care needs and of ways of meeting these needs.

2. Services must be developed to inform all seniors about services available to them. These would include services such as print information, broadcast media and telephone information services, as examples. I repeat these because although some are in existence today they are not effective.

3. Transportation to health services, both within the community and on a regional or provincial basis, must be available and accessible in all rural and remote areas of Canada.

[Traduction]

soins de santé, spécialisés en gérontologie et en gériatrie. Une formation plus appropriée des médecins permettrait à ceux-ci de tirer un meilleur parti des ressources en soins de santé dont ils disposent pour les aînés. Les mêmes remarques s'appliquent à la recherche.

Question: Comment pouvons-nous, en tenant compte des tendances actuelles, planifier les services de soins de santé de l'avenir pour les personnes âgées. Nous pouvons planifier les services de soins de santé de l'avenir pour les aînés en analysant, avec objectivité et précision, tous les éléments pertinents de la situation actuelle.

Les constatations suivantes s'imposent:

1. Les dépenses de santé, calculées en pourcentage du produit intérieur brut du Canada, sont restées relativement stationnaires au cours de la dernière décennie.

2. Les changements démographiques ne sont pas la principale cause d'augmentation des dépenses de santé.

3. Les aînés ont été encouragés à améliorer leur mode de vie et à renoncer à certaines de leurs habitudes qui risquent de mettre leur santé en danger. Toute tendance qui peut avoir comme résultat un changement dans l'état de santé de la population des aînés doit être prise en considération dans l'évaluation des besoins futurs à cet égard.

4. Il est probable que le système actuel des services de soins de santé subira des transformations importantes à l'avenir en raison des pressions exercées par un certain nombre de sources. Nous ne pouvons pas évaluer les besoins futurs en reportant, de façon simpliste, les structures actuelles dans l'avenir, mais nous devons nous efforcer de tenir compte des rajustements et des transformations probables.

Deuxième question: L'accessibilité des différents types des services de soins de santé pour l'ensemble des régions et des groupes de population.

Question: Comment pouvons-nous garantir l'accès de services de santé d'un niveau adéquat aux personnes vivant dans les régions rurales et isolées?

1. Pour assurer des services de santé suffisants et convenables dans les régions rurales et éloignées, il faut prendre des mesures pour encourager et faciliter la définition, par les régions ou par les collectivités locales, des besoins en matière de soins de santé et des différentes façons de répondre à ces besoins.

2. Il importe de créer des services permettant de renseigner tous les aînés sur les soins de santé disponibles. La presse, les médias et l'information téléphonique, par exemple, seraient mis à contribution. J'insiste sur ce point parce que, même si certains de ces services sont déjà offerts aujourd'hui, ils ne sont pas efficaces.

3. Il importe de mettre à la disposition de la population de toutes les régions rurales et éloignées du Canada des services de transport vers les établissements de soins de santé, que ce soient ceux de la collectivité, de la région ou de la province.

[Text]

4. Accompaniment by a formal or informal attendant must be recognized as an integral part of ensuring access to an adequate level of service for some seniors.

5. Through adequate training and support, the role of the members of the health care team, especially the non-physicians, who are most frequently available in rural and remote areas, can and must be broadened. Examples could include para-medics or nurse practitioners.

Question: How can we make physical and mental health services more accessible to immigrants and to cultural minorities?

1. To make physical and mental health services more accessible to seniors who are immigrants or are members of cultural minorities we must facilitate and encourage seniors' acquisition of basic language and literacy skills in one of the two official languages.

2. Cultural communities must be helped and encouraged to identify the problems related to physical and mental health services facing their members and the solutions to these particular problems.

3. We must ensure that adequate outreach, information and referral services are established, preferably by members of the cultural community themselves so that these seniors are informed in an understandable way about the services available to them.

• 1020

Question: Given the absence of a clear division between health promotion and social interventions, such as better housing, specialized housing, and transportation for the elderly and disabled, nutritional counselling and social work, can community health centres and community service centres serve to link curative health, health promotion, and social programs? The answer, of course, is yes. In NACA's opinion curative health, health promotion, and social intervention are all essential components of global health care. Community service centres have a particular role in linking them.

Issue number 3: Health care human resources, supply, utilization, and geographic distribution of professional and other health care workers.

Question: What is the role of other non-medical professionals such as midwives, chiropractors, psychologists, nurse practitioners, physiotherapists, occupational therapists, and massage therapists in the health care system? The role of non-medical professionals

[Translation]

4. Il faut reconnaître la nécessité que certains aînés soient accompagnés d'un professionnel ou d'un aide non institutionnel pour avoir accès à un service de qualité adéquate.

5. Grâce à une formation et à un service de soutien convenable, il faudrait élargir le rôle joué par les membres de l'équipe de soins de santé, particulièrement les non-médecins, qui se retrouvent en plus grand nombre dans les régions rurales et isolées. On pourrait donner à titre d'exemple le personnel paramédical et les infirmières de première ligne.

Question: Comment pouvons-nous rendre les services de santé physique et mentale plus accessibles aux immigrants et aux minorités culturelles?

1. Pour rendre les services de santé physique et mentale plus accessibles aux aînés, immigrants ou appartenant à des minorités culturelles, nous devons encourager les aînés à acquérir les compétences langagières de base, orales et écrites, dans l'une des deux langues officielles, et faciliter cet apprentissage.

2. Il importe d'aider et d'encourager les communautés culturelles à mieux cerner les problèmes que connaissent leurs membres en matière de services de santé physique et mentale, ainsi que de trouver des solutions à ces problèmes particuliers.

3. Nous devons veiller à ce que des services adéquats d'approche, d'information et d'orientation soient établis, de préférence par les membres mêmes de la communauté culturelle, de sorte que les aînés soient bien au courant des services qui leur sont offerts.

Question: Étant donné qu'il n'y a pas de nette distinction entre la promotion de la santé et les interventions à caractère social visant, par exemple, de meilleurs logements, des logements et des moyens de transport spécialement adaptés aux besoins des aînés et des personnes handicapées, le counselling en matière de nutrition et le travail social, les centres de santé communautaires et les centres de service communautaires peuvent-ils intégrer les programmes de soins curatifs, de promotion de la santé et de service social? La réponse, naturellement, est affirmative. Le CCNTA est d'avis que les services de santé curatifs, la promotion de la santé et l'intervention sociale représentent autant de volets essentiels d'un système global de soins de santé. Les centres de services communautaires ont un rôle particulier à jouer dans l'intégration de ces programmes.

Troisième question: ressources humaines des soins de santé, approvisionnement, utilisation et distribution géographique des professionnels et des autres travailleurs des soins de santé.

Question: quel est le rôle joué par les professionnels non médicaux, tel que les sages-femmes, les psychologues, les infirmières de première ligne, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les massothérapeutes dans le système de soins de santé? Les professionnels autres que

[Texte]

can be of the utmost importance within the health care team supporting seniors' health. Taking into consideration their level of education and the presence and enforcement of professional standards in their practice, these individuals can often contribute more than a physician to seniors' functional well-being.

Question: Should Canadians have direct fully insured access to these professionals? Yes, if the need for their services is determined after an adequate assessment according to established standards. Many communities across Canada and in other countries are using the services of these non-medical professionals in a very cost-effective and cost-efficient manner. A sample of these experiences should be monitored, thoroughly analysed, adapted as necessary, and adopted wherever appropriate.

Question: Should these professionals be allowed to make decisions concerning the need for non-medical services such as home care? Yes, insofar as their training has prepared them to evaluate these needs and they have access to the consulting services of other members of the professional team, as necessary.

Our conclusion: The health care system in Canada is based on the premise that health is a social good and not an economic necessity or commodity. Cost savings cannot be the only consideration in examining the needed changes in the health care system. Quality of life, standards of care, and equal access to services must also be a part of the discussion.

Canada's health system has evolved over the past 30 years. After assuring access to hospital care in the early 1960s and access to medical care in the late 1960s, our society is now facing a new challenge, that of an aging population with particular needs. Our next step in assuring health care to the Canadian population should be in the area of long-term care and community-based services. Our health care system is only 30 years old. It is a child whose future we must now rationalize. NACA believes that Canada's health system, with the right incentives in place, will be able to make the necessary evolution toward a system more responsive to the needs of its senior clients.

So my honourable friends, on behalf of my colleagues Fletcher and Stryckman, myself, of course, and all of NACA, I thank you for giving NACA the opportunity to present its views on what we consider a very critically important subject.

Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Aldred. Certainly we do appreciate the views you presented this morning, along with the presentation you have provided

[Traduction]

les médecins peuvent jouer un rôle de première importance au sein de l'équipe de soins qui veille à la santé des aînés. Compte tenu de leur niveau de scolarité ainsi que de l'existence et de l'application de normes régissant l'exercice de leur profession, ces personnes peuvent dans bien des cas contribuer encore plus qu'un médecin au bien-être fonctionnel des aînés.

Question: les Canadiens devraient-ils jouir d'un accès direct et pleinement garanti aux services de ces professionnels? Oui, si la nécessité du recours à ces services a été reconnue à partir d'une juste évaluation conforme aux normes établies. Au Canada, comme dans d'autres pays, un grand nombre de collectivités utilisent les services de ces professionnels non médicaux de façon très efficace et rentable. Il est important d'étudier ce genre d'expériences, de les analyser avec soin, de les adapter selon les besoins et de les appliquer partout où la situation le permet.

Question: ces professionnels devraient-ils être autorisés à prendre des décisions quant à l'utilisation de services non médicaux comme les soins au foyer? Oui, dans la mesure où leur formation les a préparés à évaluer de tels besoins et où ils peuvent, le cas échéant, consulter les autres membres de l'équipe professionnelle.

Notre conclusion: le système de soins de santé du Canada repose sur la prémisse que la santé est un bien social et non une nécessité ou un bien économique. L'examen des changements qui s'imposent dans le système des soins de santé ne peut se faire uniquement en fonction des économies de coût possibles. Il faut également tenir compte de la qualité de la vie, des normes applicables à ces soins et de l'égalité d'accès aux services.

Le système canadien des soins de santé a évolué au cours des 30 dernières années. Après avoir assuré l'accès aux soins hospitaliers au début des années 1960 et l'accès aux soins médicaux à la fin des années 1960, notre société se trouve aujourd'hui devant un nouveau défi, c'est-à-dire répondre aux besoins particuliers d'une population qui avance en âge. La prochaine étape consiste à faire en sorte que la population canadienne puisse obtenir des soins de longue durée et des services communautaires. Notre système de soins de santé n'a que 30 ans d'existence. Il s'agit en quelque sorte d'un enfant dont l'avenir doit être envisagé rationnellement. Le CCNTA est d'avis que s'il est motivé par des incitatifs appropriés, le service canadien des soins de santé pourra évoluer de manière à répondre davantage aux besoins de sa clientèle âgée.

Ainsi, honorables députés, au nom de mes collègues, M^{mes} Fletcher et Stryckman, en mon nom personnel et en celui, bien sûr, de tous les membres du CCNTA, je vous remercie d'avoir accordé à notre conseil l'occasion de présenter son point de vue sur ce que nous considérons comme un sujet d'importance cruciale.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Aldred. Nous vous sommes reconnaissants des points de vue que vous nous avez présentés ce matin, ainsi que de votre exposé.

[Text]

to us. I am sure members have questions from the portion you have presented to us this morning and that you would be willing to provide answers to questions that may arise from other areas of the presentation that members may have gone over prior to this.

At this time I would call our first questioner, Dr. Cole.

Mr. Cole (York—Simcoe): Thank you, Mr. Aldred, for your very interesting presentation.

• 1025

When you talked about future funding trends and where Canada is going to go in its funding—and you made a statement that health care in Canada has not increased as a percentage of gross domestic product over the recent years—are you suggesting that health care should become a larger percentage of the gross domestic product? Or do you feel that it is at a reasonable level, knowing, when you compare it with other countries, that we do spend significant amounts of dollars on health care? Or are you suggesting something else? I would like you to expand on that a bit if you would.

Mr. Aldred: We hear in the common press criticism about the cost of health care. What we are pointing out is that the cost care in dollars may be rising but it is not rising in reference to a comparison to the rise in the gross domestic product. In other words, the equation has been constant. There basically has been no change in the relativity between the so-called cost of health care and the so-called value of gross domestic product. In other words, it is a statement made to answer criticisms that maybe many people think the health care costs are rising faster than gross domestic product is.

Mr. Cole: Would you agree with the statement that more dollars are not necessarily the answer to better health care, that education, different types of treatment, different types of action would be a much better approach than an influx of more dollars?

Mr. Aldred: Let me answer that this way, and my colleagues of course will also answer when required or when they can.

Our position is that more funding is going to have to go toward chronic care and chronic care facilities than to acute care facilities. The previous witness, as a matter of fact, highlighted that in part of her presentation. The cost of the building of acute care hospitals, the cost of high technology, is incredible; we know that. We know also that as time has gone by in the last 30 years, which we have used as a reference point in the birth of our medical system as we know it today, in that length of time longevity has increased, and with the increase in longevity

[Translation]

Les membres du Comité auront sûrement des questions à poser sur la partie de votre mémoire que vous nous avez présentée ce matin et j'espère que vous serez en mesure de répondre également aux questions qui pourraient découler d'autres sections du mémoire que les membres du Comité auraient pu avoir lues avant que vous fassiez votre exposé.

Je voudrais dès maintenant céder la parole à M. Cole, qui a les premières questions à poser.

M. Cole (York—Simcoe): Je vous remercie, monsieur Aldred, pour votre exposé, qui a été très intéressant.

Lorsque vous avez parlé des tendances futures en matière de financement et de l'orientation du Canada à cet égard—et vous avez mentionné que le budget des soins de santé au Canada n'a pas augmenté ces dernières années en pourcentage du produit intérieur brut—vouliez-vous suggérer que l'on accorde aux soins de santé un pourcentage plus important du produit intérieur brut. Pensez-vous, au contraire, que le budget des soins de santé se situe à un niveau raisonnable, par rapport à celui des autres pays, c'est-à-dire que nous y consacrons déjà suffisamment d'argent? Proposez-vous quelque chose d'autre? J'aimerais que vous apportiez des précisions à ce sujet si c'est possible.

M. Aldred: La presse s'élève régulièrement contre le coût des soins de santé. Ce que nous tenons à signaler, c'est que ces coûts augmentent peut-être dans l'absolu, mais sans suivre l'augmentation du produit intérieur brut. Autrement dit, l'équation demeure constante. Relativement parlant, le coût des soins de santé n'augmente pas par rapport à la valeur du produit intérieur brut. Mes remarques, par conséquent, visaient à répondre aux critiques formulées par certaines personnes qui pensent que le coût des soins de santé augmente plus rapidement que le produit intérieur brut.

M. Cole: Seriez-vous d'accord avec ceux qui prétendent que l'injection de nouveaux fonds n'est pas nécessairement la meilleure solution pour améliorer les soins de santé, mais que l'éducation, de nouveaux types de traitements, des modes différents d'action pourraient être plus utiles qu'un nouvel apport d'argent?

M. Aldred: Voici ce que je répondrai, mais mes collègues se feront également un plaisir de répondre aux questions lorsque leur tour viendra.

Nous sommes d'avis qu'il faudra investir davantage dans les soins et dans les installations de longue durée par rapport aux installations de soins actifs. Le témoin précédent, d'ailleurs, a fait valoir ce point dans son exposé. Le coût de la construction d'hôpitaux pour soins prolongés, le coût de la haute technologie, est incroyable, comme nous le savons tous. Nous savons également que petit à petit au cours des 30 dernières années, période que nous avons utilisée comme point de référence pour la naissance de notre système médical tel que nous le

[Texte]

there has been a change in the requirements of health needs.

We also point out in our brief that seniors today have moved more away from excessive smoking or smoking at all, moved away from excessive consumption of alcohol, things of this nature. They are changing their style-of-life pattern. That in itself has added to longevity, but with increased longevity, as you would know far better than I would know, the inference is that other requirements in the health care system are going to require attention. People are not all dropping dead now at 65. They are living to be 85 or 90.

Ms Susan Fletcher (Director, National Advisory Council on Aging): As I understand the opinion of the members of the National Advisory Council on Aging, they would agree with Dr. Fulton when she said that right now, the way the Canadian health care system works, the majority of costs are borne in the last month of life. It is interventions in that last month of life that I think many of the members of the council do not agree are necessary or wanted.

As Joel has said, the direction the council would like to see is the kind of thing Dr. Fulton also mentioned, and that is that there is more community-based support, there is more concern about providing the support in the community. Home care and those kinds of things will mean more to seniors' health than sticking them in a hospital and putting them through CAT scans and all sorts of expensive high-tech things. As our population ages and we have a greater proportion of the people for whom that may be necessary, we may not want to do it. So we might want to do as Dr. Fulton suggested: cut down on our hospitals—have the best there is, but just not have the same quantity—and make sure that we take the funds and put them in the other direction to community-based supports.

• 1030

Mr. Cole: As I understand what you are saying, you want to have more of the decision-making being done by the patient, or the family of the patient... making the decision on the type of health care they are going to receive, as opposed to the medical profession making the decision on the type of health care they require.

Ms Fletcher: Absolutely. That has been one of the fundamental philosophies underlying our position. We say the health care services or programs must be based on the needs and wants of the client and not those of the service providers.

Mr. Cole: However, when you take that responsibility as an individual, a lot of other complications are thrown into this decision-making process that we are not always

[Traduction]

connaissons aujourd'hui, l'espérance de vie a augmenté, entraînant des exigences différentes en matière de soins de santé.

Nous signalons également dans notre mémoire que les personnes âgées fument beaucoup moins de nos jours ou ont cessé de fumer, qu'elles ne consomment plus d'alcool avec excès, qu'elles ont renoncé à bien des habitudes nuisibles. Leur style de vie a changé. Ce phénomène en soi s'est traduit par une plus grande espérance de vie et, comme vous le savez encore mieux que moi, il s'ensuit qu'il faudra faire porter notre attention sur d'autres exigences du système de soins de santé. Les gens ne meurent plus tous aujourd'hui à 65 ans. Ils vivent jusqu'à 85 ou 90 ans.

Mme Susan Fletcher (directrice, Conseil consultatif national sur le troisième âge): Si je comprend bien le point de vue des membres du Conseil consultatif national sur le troisième âge, ceux-ci appuieraient l'opinion de M^{me} Fulton lorsqu'elle a dit qu'actuellement, de la manière que fonctionne le système canadien des soins de santé, la majorité des coûts sont accaparés par les derniers mois de la vie. Je pense que ce sont les interventions de ces derniers mois de la vie que bon nombre des membres du Conseil ne jugent pas indispensables ou souhaitables.

Comme Joel l'a dit, le Conseil voudrait qu'on s'oriente dans la direction que M^{me} Fulton a également mentionné, à savoir vers un système qui mise davantage sur la collectivité, qui se préoccupe davantage d'offrir les soins dans cette collectivité. Les soins à domicile et les autres services de ce genre sont beaucoup plus importants pour la santé des personnes âgées que l'hospitalisation et l'utilisation de tous les instruments évolués de la haute technologie, comme l'examen TDM. À mesure que la population vieillit et que la demande de ce genre de service s'accroît, nous pourrions bien souhaiter une orientation différente. Nous pourrions suivre la suggestion de M^{me} Fulton: réduire le budget des hôpitaux—y conserver les meilleurs services possibles mais en diminuant la quantité—et réaffecter les fonds selon une autre orientation, soit l'aide communautaire.

M. Cole: Si je comprends bien ce que vous dites, vous voulez que le patient, ou la famille du patient, participe davantage à la prise de décision sur la nature des soins de santé qu'il recevra, plutôt que de laisser les médecins décider seuls du genre de soins de santé dont il a besoin.

Mme Fletcher: Exactement. C'est là un des principes fondamentaux qui sous-tendent notre prise de position. Nous affirmons que les services ou les programmes de soins de santé doivent être fondés sur les besoins et les vœux du client et non sur ceux des personnes qui dispensent les services.

M. Cole: Si l'intéressé doit assumer cette responsabilité, toutefois, la prise de décision peut être compliquée par bien des facteurs dont il n'est pas toujours au courant ou

[Text]

aware of or not always willing to look at. I think the statement that most of the finances or the most of the resources are spent in the last month of life really are not reflective of anything else than saying that a person who is sick with a terminal disease requires a lot of care at that particular time. I am not convinced your statement really follows through. I do not know of anyone having been told they have a major disease saying, well, I am only going to live for another month, maybe, so I do not want any treatment. I have not found too many people willing to do that.

I would like your comments on that, because I do not think your conclusion is necessarily factual.

Ms Fletcher: I do not think we disagree on the need for care, but I do not think it is the care that is the most expensive thing we give in the health care system. Where the expenses arise, as I understand it, is in the kind of testing we insist on having done. You may be very right that an individual who is your age and mine arrives at a hospital and is told he or she has cancer. . . we say, oh, do everything you can; let us see if we can stop it; surgery, chemotherapy; let us go the whole route. I am not convinced, though, that a 75-year-old would say the same thing.

Maybe Mr. Aldred would care to comment.

Mr. Aldred: I would go off on a bit of a tangent on that one, Doctor, and say this. What we are seriously considering here is health care costs. You should never go from the particular to the general, and I totally appreciate that, but sometimes you can use it as an example.

I am very acquainted with a hospital I raised the dough to build. It puzzles me that in our community an acute care hospital has to be burdened, out of its 46 or 48 beds, with maybe 8 chronic care patients in the wintertime and 6 chronic care patients in the summertime, when people who are injured in automobile accidents up the highway cannot get a bed in that hospital because it is being occupied by a chronic care person and we have to fly that injured person to Sunnybrook Hospital in Toronto or take him or her by ambulance to the Oshawa General Hospital. There is an area of cost. . .

I know from my own experience across the country that many hospitals have the problem of having chronic care patients in them when they are designed for acute care. It is a terrible expense to have a \$500,000 room occupied by people who should be in a \$50,000 room. That is a major misuse of our health care funds.

[Translation]

sur lesquels il ne tient pas forcément à ouvrir les yeux. À mon avis, affirmer que la plupart des fonds ou des ressources sont dépensés dans le dernier mois de la vie revient tout simplement à dire qu'une personne en phase terminale d'une maladie a besoin de beaucoup de soins à ce moment particulier. Je ne suis pas convaincu que votre déclaration résiste à la réalité des faits. Je ne connais personne qui, se sachant atteint d'une grave maladie, refuse les traitements pour la simple raison qu'il n'a plus qu'un mois à vivre. Je n'ai pas rencontré beaucoup de personnes qui soient prêtes à aller jusque-là.

Je voudrais que vous nous fassiez part de vos commentaires à ce sujet, car je ne suis pas sûr que votre conclusion soit nécessairement fondée sur les faits.

Mme Fletcher: Je ne pense pas que nous soyons en désaccord sur la nécessité des soins mais, à mon avis, ce ne sont pas les soins qui coûtent le plus cher dans le système des soins de santé. Les dépenses les plus importantes, à mon sens, sont occasionnées par les tests que nous insistons pour faire. Vous avez parfaitement raison de dire qu'une personne de votre âge ou du mien, qui est transportée à l'hôpital et qui apprend qu'elle est atteinte du cancer, demandera que tout soit fait pour la sauver, pour arrêter le cancer: chirurgie, chimiothérapie, toutes les interventions possibles. Je ne suis pas convaincue, cependant, une personne de 75 ans demande la même chose.

M. Aldred voudrait peut-être faire des observations sur ce point.

M. Aldred: Je voudrais faire une petite digression, et dire ceci. Le point important que nous examinons est celui du coût des soins de santé. En principe, il ne faut pas passer du particulier au général, j'en suis bien conscient, mais il arrive parfois que c'est utile à titre d'illustration.

Je connais très bien un hôpital pour avoir dirigé la campagne de financement en vue de sa construction. Je suis toujours étonné de voir dans notre région qu'un hôpital spécialisé dans les soins actifs doive consacrer, sur ces 46 ou 48 lits, quelque huit lits pendant l'hiver à des patients en soins prolongés et quelque six lits pendant l'été, alors qu'il y a des gens qui sont blessés dans un accident de voiture et qui ne peuvent avoir un lit dans cet hôpital parce que celui-ci est occupé par une personne soumise à des soins prolongés. Nous devons donc transporter les blessés à l'hôpital Sunnybrook de Toronto ou les amener par ambulance à l'Hôpital général d'Oshawa. Voilà encore des coûts non négligeables. . .

Je sais, d'après ma propre expérience, qu'un peu partout au pays de nombreux hôpitaux sont aux prises avec ce problème des patients en soins prolongés qui occupent des lits destinés à des soins actifs. Il est terriblement coûteux d'installer des personnes dans une chambre de 500,000\$ alors qu'elles devraient être dans une chambre de 50,000\$. C'est là un usage abusif de nos fonds de soins de santé.

[Texte]

Mr. Kilger (Stormont—Dundas): I will just follow up on that. NACA is making these recommendations. Is this based on what you feel is a consensus of the majority within our aging population, that given the choice between extended care. . . or are most of them telling us, through you, forget that last month, really; if I am 75, so who gives a shit?

Mr. Aldred: The last month is a situation that maybe we all know about intimately. I think we have all had friends or relatives who have said to pull the plug. I have had that very recently, as a matter of fact. Other people or their relatives want to take them to the bitter end. They made an observation, if I may say so, that a great deal of major cost is in the last month or so of life if a person is in an acute care hospital.

• 1035

I happened to have spent a lot of time in battlefields, and I hate going back to that area, but there were applications of health care that were pretty practical in days of war, and I am quite aware of those things. Now we are living in a different society, and so what we are saying in answer to the questions that are posed by this committee to the National Advisory Council on Aging is to give answers to the questions that we were asked to give an answer to.

Perhaps you do not understand how NACA operates, so I will explain very briefly this facility. We are appointed by the government for two- and three-year terms, and we could be appointed for another term. We have various levels of expertise. There are three or four council meetings a year, and we have a planning committee of three or four along with a president, which we do not have at the present time since he just retired.

All of us have a network of people we know who are—in the particular case of the network I have, between 25 and 30 people—of senior age. Some are retired. Some are still working, and they represent a cross section. Out of the 18 members of council we have a constant feeling from those people of what is going on, just as you as a Member of Parliament have feedback from your constituency, and presumably have a feeling of what those people are looking at as well.

We are a very specific group. We are not involved as you are in a multitude of things. We are involved only with the aging problem, and in our meetings of our 18 members, with their knowledge from across Canada, we are talking only about the aging problem as in this case it affects the health care system. We think we have a pretty good handle on what the feeling is across the country in all provinces.

[Traduction]

M. Kilger (Stormont—Dundas): Permettez-moi de répondre à cela. Voici les recommandations du CCNTA. Les décisions sont-elles fondées sur l'opinion de la majorité de notre population vieillissante, qui peut choisir les soins prolongés. . . ou qui pourrait dire, comme vous, tant pis pour le dernier mois, à 75 ans, tout le monde s'en fout?

M. Aldred: Le dernier mois évoque pour chacun une situation qu'il connaît intimement. Nous avons tous eu des amis ou des parents qui ont demandé à être débranchés. En fait, j'en ai fait l'expérience tout récemment. Mais d'autres personnes ou leur parent insistent pour qu'ils souffrent jusqu'au bout. Il a été observé, si je puis dire, qu'une grande partie des coûts s'appliquent au dernier mois, ou peu s'en faut, de la vie d'une personne à condition qu'elle soit dans un hôpital de soins actifs.

Il se trouve que j'ai passé beaucoup de temps sur les champs de bataille. Je déteste me remémorer cette époque, mais on a assisté à des applications des soins de santé assez expéditives en temps de guerre, j'en suis bien conscient. Nous vivons actuellement dans une société différente, et pour donner suite aux questions posées par le comité au Conseil consultatif national sur le troisième âge, nous essayons de donner des réponses précises.

Pour le cas où vous ne seriez pas au courant du mode de fonctionnement du CCNTA, je vais vous donner quelques brèves explications sur cet organisme. Nous sommes nommés par le gouvernement pour un mandat de deux et trois ans, et ce mandat peut être reconduit. Nous disposons de compétences diverses. Il y a trois ou quatre assemblées du Conseil par an, et nous avons un comité de planification, qui comprend trois ou quatre membres en plus du président. Ce comité vient de cesser ses activités et n'a pas encore été reconstitué.

Chacun d'entre nous dispose de son propre réseau de personnes que nous connaissons—dans mon cas personnel, ce réseau est constitué de 25 à 30 personnes—et qui ont plus de 65 ans. Certaines d'entre elles sont à la retraite tandis que d'autres travaillent encore. Il s'agit donc d'un groupe représentatif. Les 18 membres du conseil reçoivent régulièrement des avis de la part ces personnes sur l'état de la situation, de la même manière que vous les députés, recevez des points de vue de vos commettants et pouvez ainsi vous faire une idée générale de leurs aspirations.

Nous sommes un groupe très particulier. Nous ne sommes pas engagés, comme vous, dans une multitude d'activités. Nous ne nous occupons que du problème du vieillissement et, à l'occasion des réunions de nos 18 membres, qui proviennent de toutes les régions du Canada et qui sont bien au fait de la situation locale, nous ne discutons que des problèmes du vieillissement qui, comme c'est le cas, actuellement, touchent le système des soins de santé. Nous pensons que nous avons une assez

[Text]

Polling units feel they have a handle with their polling across the country of 1,200 people or 1,000. Our 18 do not have that many, but we maybe have 500 and they are constant.

Ms Fletcher: I would like to add a point and then I believe that Judith Stryckman would. I think what we are doing here is in some respect confusing seniors' health care needs, which tend to be long term, with the acute kinds of care that we may need in specific instances where we identify a tumour or something like that. That is unusual in a senior population. When we talk about health care for a senior population we tend to be talking about chronic conditions, and not acute short-term conditions that are cured or cause you to die quickly.

When we talk about long-term conditions we then talk about the possibility of looking after those long-term conditions either in an institutional environment, be it a hospital or a nursing home of some sort, or we talk about supporting the seniors in the community, either in their own home or with their families or somebody like that.

We can say definitely that we have talked to Canadian seniors across the country on a number of occasions over a number of years and they categorically tell us every time to leave them in the community and to not put them into a hospital or a nursing home. They say to give them that one hour of nursing care a day and leave them in their own homes. That is where they want to be, and they have said that over and over and over again.

Ms Judith Stryckman (Chief, Research and Policy Development, National Advisory Council on Aging): I think there is a consensus among the council members that the basic criterion for a decision about their health care is their own choosing. Seniors want to be able to make their own choices and control as much as possible all of the aspects of their lives that they can, as we all do at every age. It does not change.

We feel it is very important to give seniors the ability if they wish it to make the decisions about the kind of health care they want to have in situations of chronic illness and the last stages of their lives.

One example of their remaining in the community that many of you know about are the day hospitals. What we have noticed, for example, in an evaluation I saw recently of one in Verdun, Quebec, showed that when seniors are

[Translation]

bonne idée des sentiments qui dominent dans toutes les provinces du Canada.

Des équipes de sondage peuvent préciser assez bien l'opinion dans l'ensemble du pays en s'adressant à 1,200 ou à 1,000 personnes. Nos 18 membres ne disposent pas d'un échantillon aussi important, mais leurs interlocuteurs sont au nombre d'environ 500 et ils sont réguliers.

Mme Fletcher: Je voudrais ajouter un point et je pense que Judith Stryckman aimerait aussi intervenir. Dans une certaine mesure, nous sommes en train de confondre les besoins des personnes âgées en matière de soins de santé. Le plus souvent, ce sont des soins de longue durée dont elles ont besoin plutôt que de soins actifs qui ne sont nécessaires qu'à l'occasion, dans des circonstances particulières, lorsqu'on découvre une tumeur, par exemple. Cette deuxième catégorie de soins est plus rare chez la population des aînés. Les soins de santé à l'intention de la population du troisième âge se rapportent donc surtout à des soins prolongés, et non à des maladies aiguës qui, à court terme, sont guéries ou entraînent une mort rapide.

En ce qui a trait aux soins de longue durée, nous envisageons la possibilité de les dispenser soit en établissement, par exemple un hôpital ou une clinique quelconque, soit dans le cadre de services communautaires offerts aux personnes âgées dans leur propre domicile ou celui de leur famille.

Nous pouvons affirmer avoir discuté avec des aînés de toutes les régions du Canada, à plusieurs reprises au cours des années, et que ceux-ci nous ont dit catégoriquement à chaque occasion qu'on devait les laisser au sein de leur collectivité et de ne pas les envoyer dans un hôpital ou une clinique. Tout ce qu'ils demandent, c'est une heure de soins infirmiers par jour et la possibilité de rester chez eux. C'est là qu'ils veulent être, ils n'ont jamais cessé de le répéter.

Mme Judith Stryckman (chef, Recherche et élaboration de politiques, Conseil consultatif canadien sur le troisième âge): Je pense que les membres du Conseil s'entendent pour dire que le principal critère qui devrait présider aux décisions sur les soins de santé à l'intention des personnes âgées, c'est le choix même de ces personnes. Les aînés veulent pouvoir faire leurs propres choix et conserver la maîtrise de tous les aspects de leur vie, dans la mesure du possible, comme c'est le cas dans les autres groupes d'âge. Cette aspiration demeure constante.

Nous pensons qu'il est très important de donner aux personnes âgées la possibilité, si elles le désirent, de prendre les décisions concernant le genre de soins de santé qui leur conviennent le mieux lorsqu'elles sont atteintes de maladies chroniques et pendant les dernières étapes de leur vie.

Vous connaissez bien les hôpitaux qui offrent des soins à l'externe et ceux-ci offrent un bon exemple des soins de santé qui peuvent être dispensés dans la collectivité. Une évaluation de ce genre de soins offert à Verdun, au

[Texte]

maintained in the community, have the hospital experience within their own homes with a visiting team that gives high-quality care but in their own homes, they recuperate much faster. They arrive at a higher level of recuperation of their functional abilities, because the nurses give them more information. They see the environment in which they are brought to recuperate and live out their daily lives.

• 1040

This kind of adaptation of the system is going to take pressure off of the institutions, which are there as a high-tech centre with very little residential or long-term care in hospitals. We find it is very important that seniors have the choice. Their choice is to remain in the community. Their choice is to have services in their homes as much as possible. The experiences of home hospitalization have shown it to be in many cases a very good solution, less costly and with a quality of care sufficient for the needs of seniors and other members of the population. So I think this idea of choice and community living are the two overlying priorities for seniors that we have become aware of.

Mr. Axworthy: Thanks for your presentation. I was trying to find something in it that I did not agree with, but I did not come up with anything. Certainly, the concerns that you express are ones that I and my colleagues share.

I was glad you pointed out that the cost of care is not skyrocketing in terms of our ability to pay for it, as measured by our gross national product. As I recall, the predictions of the Hall commission are well within the expenditures that we are now seeing as a percentage of the GNP. So it is important to get rid of that myth that our health care costs are going crazy, even though we will hear it many times in the future.

You point to a long list of problems within the health care system: inadequate access, level of care, quality of care, research and development, training of nurse practitioners, language training, attention to social and economic deprivation, access and use of non-medical professionals, and general responsiveness to the health care needs of seniors. It is a pretty imposing list of problems of the health care system, it seems to me.

You mentioned preference for community care over institutional care. I think that would generally be something that expands beyond seniors. I wonder what the federal government might do to ensure that these major problems in the system are dealt with. We really do not have much of a system. There are bits and pieces all over the place, and nobody seems to be co-ordinating it. I

[Traduction]

Québec, a montré que lorsque les personnes âgées sont maintenues dans la collectivité et reçoivent des soins hospitaliers à domicile grâce à des équipes itinérantes qui assurent des soins de grande qualité, ces personnes se rétablissent beaucoup plus rapidement. Elles retrouvent beaucoup mieux leurs capacités fonctionnelles, parce que les infirmières leur donnent plus d'informations. Elles peuvent se rétablir dans leur milieu et continuer à vivre leur train-train quotidien.

Ce genre d'adaptation du système libère les établissements, qui sont des centres de haute technologie qui offrent peu de services de résidence ou de soins hospitaliers de longue durée. Nous jugeons qu'il est très important que les personnes âgées aient le choix. Or, leur choix est de demeurer dans leur collectivité. Leur choix est de pouvoir jouir de ces services à domicile dans toute la mesure du possible. L'expérience des services hospitaliers à domicile a démontré qu'il s'agit dans bien des cas d'une excellente solution, beaucoup moins coûteuse et d'une qualité suffisante pour répondre aux besoins des aînés et même d'autres groupes de la population. J'estime donc que la possibilité de choisir et de vivre dans la collectivité sont les deux priorités complémentaires des personnes âgées, auxquelles nous devons nous sensibiliser.

M. Axworthy: Merci de votre exposé. J'essayais de trouver un élément avec lequel je pourrais être en désaccord, mais je n'ai rien trouvé. Les préoccupations que vous exprimez figurent certainement parmi celles que mes collègues et moi faisons nôtres.

Je suis heureux que vous ayez signalé que le coût des soins de santé ne dépasse pas de façon excessive notre aptitude à payer, calculé en fonction de produit national brut. Je me souviens que les prévisions de la Commission Hall correspondent bien aux dépenses que nous envisageons maintenant en pourcentage du PNB. Il importe donc de se défaire du mythe selon lequel le coût des soins de santé dépasse les bornes, même si je suis sûr que ce point de vue sera encore soutenu bien des fois dans l'avenir.

Vous présentez une longue liste de problèmes qui pèsent sur le système des soins de santé: accès insuffisant, qualité et quantité des soins, recherche et développement, formation des infirmières de première ligne, formation linguistique, carence sociale et économique, accès et recours à des professionnels non médecins, sensibilité générale au besoin des aînés en matière de soins de santé. Il s'agit d'une liste assez imposante de problèmes qui affligent le système de soin de santé, ce me semble.

Vous avez marqué une préférence pour les soins communautaires par rapport aux soins en établissement. Cette orientation pourrait bien être valable également pour bien d'autres groupes d'âge. Je me demande ce que le gouvernement fédéral pourrait faire en vue de s'assurer qu'on tienne compte de ces problèmes. Nous n'avons pas vraiment les structures voulues. Il existe bien des éléments

[Text]

wonder if you would talk about the role of the federal government in cleaning up what appears to be a major problem in our health care system as it affects the seniors.

Mr. Aldred: I think we all recognize that the provinces have a great deal of say in the application of funds, and the federal government has a great deal of say in the provision of funds. That is a highly political question. Generally speaking, it would mean that the federal government could say to all provincial governments that 15% of the transfer of funds from the federal government would be used for outreach programs. That would also mean that Canada Mortgage and Housing, which supplies credit to the building of co-operative apartments, could say that the municipality would not allow any of that money to be used for building a road. You are working on the establishment of a very bad precedent. I suggest that it is the federal government that must give the direction of the application of its fund. Now if it is felt in the national sense that there is a lack of attention being paid to the matters we bring up—the use of para-professionals, for example—do we say the federal government tells the various provinces that receive transfer funds that so much is to be used for that purpose?

• 1045

We then get into the funding of training schools. We get into the funding of universities, for goodness sake, which is a major problem. How do you say to universities that they are to devote so much of their educational expertise not to the training of physicians per se as we know it historically, but to maintain that at a lower level and give more training in the community care area, the para-professionals, the ambulance attendants? By gosh, you are darned glad to see one of those at an accident scene. They know what to do. You do not need a doctor there. That is a very pointed and a very deliberate question, but that is why we have a federal government to give leadership, and I think leadership is required in this area.

Mr. Axworthy: What would you consider in terms of the mechanisms for giving that leadership? I am at a loss to see where the federal government gives leadership in health care measures, other than in the Canada Health Act where a couple of specific policy decisions were made.

Mr. Aldred: What is the most important thing, sir, that the federal government has? They passed an act years ago. Now what is the most important thing they have? The most important thing they have is dough, money. If we are going to make an impact upon the application of health care across the country and in the territories, then

[Translation]

ici et là, mais personne ne semble chargé de leur coordination. Je me demandais si vous ne pourriez pas parler du rôle que devrait jouer le gouvernement fédéral pour trouver une solution à ce problème majeur de notre système de soins de santé, dont les aînés sont les premiers à souffrir.

M. Aldred: Nous reconnaissons tous, je pense, que les provinces ont un mot important à dire dans l'affectation des fonds et que le gouvernement fédéral a la haute main sur la distribution des fonds. La question est éminemment politique. Théoriquement, le gouvernement fédéral pourrait demander à tous les gouvernements provinciaux d'affecter obligatoirement 15 p. 100 des fonds transférés à des programmes d'approche. Théoriquement aussi, la Société canadienne d'hypothèques et de logement, qui fournit les crédits à la construction des coopératives de logement, pourrait imposer aux municipalités de ne pas autoriser que ces fonds soient utilisés pour la construction de routes. Il s'agit d'éviter qu'il y ait de fâcheux précédents. À mon avis, c'est le gouvernement fédéral qui doit donner l'orientation pour l'utilisation de ces fonds. Si l'impression qui domine est que, à l'échelle nationale, on ne porte pas suffisamment attention aux questions du genre que nous soulevons—le recours à des auxiliaires, par exemple—pouvons-nous demander que le gouvernement fédéral oblige les diverses provinces qui reçoivent des fonds de transfert à en utiliser un certain pourcentage à cette fin?

Il y a également la question du financement des écoles de formation. Le financement des universités pose déjà, on ne le sait que trop, un problème majeur. Comment imposer aux universités de consacrer telle partie de leurs ressources d'éducation non pas à la formation des médecins eux-mêmes, comme cela se fait très traditionnellement, mais à la formation dans le domaine des soins communautaires, à la formation des auxiliaires, à la formation des ambulanciers? Bonté divine, on a de la chance si on voit l'un d'entre eux sur la scène d'un accident. Ces personnes savent ce qu'il faut faire. On n'a pas besoin d'un médecin dans ce cas-là. Cet exemple est extrêmement orienté et très délibéré, mais c'est pourquoi le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership. Une orientation est indispensable dans ce domaine.

M. Axworthy: Quel mécanisme envisageriez-vous pour en arriver à ce leadership? Pour ma part, je serais bien embêté de dire comment le gouvernement fédéral pourrait jouer ce rôle dans le domaine des soins de santé, ne disposant que de la Loi canadienne sur la santé pour appuyer son action, limitée à quelques précisions bien particulières d'orientation.

M. Aldred: Mais le gouvernement fédéral, monsieur, ne tient-il pas le gros bout du bâton? Il a adopté une loi il y a déjà plusieurs années. Il tient le gros bout du bâton parce que c'est lui qui a l'argent. Si nous voulons exercer une influence sur la façon dont sont dispensés les soins de santé dans toutes les provinces et dans les deux territoires,

[Texte]

perhaps we use the money club and say that after 30 years of establishing access to hospitals and access to medical practitioners, we now are in the next stage, the evolvement of our health care system, and we are going to use our money to tell you what to do.

Mr. Axworthy: No, I agree with that. My question was: What body, what advisory group, what, if anything, assists the minister or the federal government in deciding how to allocate those funds? You provide advice with regard to seniors, but it does not seem to me that there is any advisory body to the minister which suggests that we should be urging the provinces, telling the provinces, whatever, to use more resources in certain areas. I just wonder if you have any comments on that.

Mr. Aldred: Not necessarily so. I would suggest that although we are primarily interested in health care for seniors in all of its various functions, in the whole sphere, with a closer reading of the document you can see that this applies generally. My goodness, it applies generally to immigrants.

If you wish to get into a discussion on this, I can tell you right now what my own personal feelings are as opposed to NACA: Our immigration policy should be established so that we accommodate the lack of housing in this country, we accommodate the lack of lingual capacity and prepare for it, rather than be unprepared for it as is the problem we have right now. We dwell on that in this document wherein we say we must put time and effort into giving immigrants some lingual capacity in either English or French so that they can (a) ask for things and (b) understand what is available here.

Mr. Halliday: I have two or three questions. The Minister of National Health and Welfare, the Hon. Perrin Beatty, and his department have done this study on demography in Canada. The thrust of the results seems to suggest that although we are going to have more aging people in the country in proportion to those who are younger, it is not going to be a problem for us. I wonder whether NACA agrees with that. Correct me if I am wrong in interpreting what he and his officials have said.

Ms Fletcher: Not only do we agree, but we knew it a long time before the demographic review came out and said it.

Mr. Halliday: You therefore agree there will not be problems because of that.

When we were told by Dr. Fulton earlier—and this has been repeated many times—that most of our expenses are

[Traduction]

il faudra peut-être avoir recours à cet argument convaincant que représente l'argent pour déclarer qu'après trente ans consacrés à donner accès aux hôpitaux et aux médecins, le moment est venu de passer à l'étape suivante pour faire évoluer notre système de soins de santé, et pour faire savoir que nous allons utiliser cet argent pour dicter les règles.

M. Axworthy: Je suis d'accord avec vous, mais ma question était la suivante: Y a-t-il un organisme, un groupe consultatif ou une instance quelconque qui aide le ministre ou le gouvernement fédéral à décider de la façon de répartir ces fonds? Vous présentez des avis en ce qui a trait aux personnes âgées, mais je ne pense pas qu'il existe auprès du ministre un organisme consultatif qui suggère que le gouvernement fédéral demande instamment aux provinces, leur ordonne même, de consacrer plus de ressources dans certains secteurs. Je me demandais si vous aviez des observations à faire à ce sujet.

M. Aldred: Ce n'est pas absolument nécessaire. À mon avis, même si nous nous intéressons principalement aux soins de santé à l'intention des personnes âgées, une lecture attentive de notre document montre que les solutions préconisées s'appliquent de façon générale à toutes les fonctions, à la situation globale. Elles s'appliquent généralement, nom de nom.

Si vous tenez à une discussion sur ce sujet, je puis vous dire tout de suite qu'indépendamment du CCNTA, mon opinion personnelle est la suivante: nous devrions définir notre politique d'immigration de manière à lutter contre la pénurie de logements au Canada, à lutter contre les insuffisances linguistiques et de manière à nous doter d'une infrastructure d'accueil, plutôt que de laisser les choses au hasard, comme c'est le cas maintenant. Nous abordons cette question dans notre document lorsque nous disons qu'il faut consacrer du temps et de l'argent pour donner aux immigrants certaines compétences langagières, en français ou en anglais, afin qu'ils puissent a) demander ce dont ils ont besoin et b) comprendre ce qui leur est offert.

M. Halliday: J'aurais deux ou trois questions à poser. Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, l'honorable Perrin Beatty, et son ministère ont réalisé une étude démographique sur le Canada. Les résultats semblent montrer que même si nous allons nous retrouver avec un pourcentage plus élevé de personnes âgées au Canada que de personnes plus jeunes, cela ne posera pas de problèmes. Je me demande si le CCNTA est d'accord avec cette conclusion. N'hésitez pas à me corriger si j'interprète mal les résultats de cette étude.

Mme Fletcher: Non seulement nous sommes d'accord avec les résultats de cette étude, mais nous connaissions ces résultats bien avant que l'étude démographique soit publiée.

M. Halliday: Vous êtes donc d'accord pour dire que l'évolution démographique ne posera pas de problèmes.

M^{me} Fulton nous a révélé tout à l'heure—et cela a été répété à plusieurs reprises—que la plus grande partie du

[Text]

in the last year of life and most in the last month of life, given the fact we are going to have twice as many older people, are we not going to have massive increases in costs?

• 1050

Ms Stryckman: We are faced with a tremendous challenge. I think the Demographic Review Board said this also and NACA has said it many times. The challenge is to adjust the system in different ways so that we will give seniors the opportunity, for example, as you said earlier, to make out living wills that have some legal validity and to allow physicians, protected in all the ways that are necessary, at a certain time say this kind of intervention is justified and this kind is not justified in the last month of life.

Right now in Canada, the physicians are at a loss, I think, legally to be able to make those kinds of decisions. In the United States, there is some movement in that direction too. We think it is important that the choice be with the seniors as much as possible as long as they are cognitively able to make the decision, or with people who represent them and have their best interests at heart. Those possibilities should be there.

We think there can be adjustments. There need to be adjustments and there will be adjustments in the system to reduce the economic impact of an aging population because we will offer services in different ways.

Mr. Halliday: I see it, Mr. Chairman, as being a little bit fanciful when I see the list Mr. Axworthy gave us about eight or ten different areas where we are lacking. We are lacking purely because governments do not have the funds to do what should be done to correct those problems.

Ms Fletcher: No. They have the funds. They have just decided not to allocate them in that way, basically because they have big pressure groups that do not want to see their funds reduced. Hospitals and physicians want to keep their portion of the pie, thank you very much.

If we reduce their portions of the pies just a little bit, we could move the funds into the community-based, para-professional areas. We could have a much better health care system from the point of view of meeting the needs as expressed by seniors.

Mr. Halliday: That may or may not be true, I suppose. On the costs of medicare in this country, we referred to a ratio involving the gross domestic product. When I listen to the Ontario government, for example, they have told us very recently—I forget the precise figures—that the budget

[Translation]

coût des soins de santé s'applique à la dernière année de la vie et même au dernier mois. Étant donné que les personnes âgées seront bientôt deux fois plus nombreuses que maintenant, ces coûts ne risquent-ils pas de grimper en flèche?

Mme Stryckman: Le défi que nous devons relever est de taille. Je pense que le Groupe d'étude démographique ne l'a pas caché, et le CCNTA l'a dit à de nombreuses reprises. Le défi consiste à rajuster le système de diverses façons pour que les aînés aient la possibilité, par exemple, comme vous l'avez dit plus tôt, de faire des choix qui aient une certaine validité juridique et de façon à permettre aux médecins, compte tenu de toute la protection nécessaire, de décider si telle ou telle intervention est justifiée ou non au cours du dernier mois de la vie.

Actuellement, au Canada, les médecins ne savent pas trop bien sur quel pied danser, d'un point de vue juridique, quand il s'agit de prendre ce genre de décisions. Aux États-Unis, les choses semblent aller également dans ce sens. Nous jugeons qu'il est important que ce choix, dans la mesure du possible, appartienne aux personnes âgées, si elles sont mentalement aptes à prendre cette décision, ou aux personnes qui les représentent et qui ont à coeur leurs intérêts. Ces possibilités devraient exister.

Nous pensons qu'il est possible d'apporter des rajustements. D'ailleurs, ces rajustements au système nous seront imposés par la simple obligation d'atténuer les conséquences économiques du vieillissement de la population. Il nous faudra alors offrir les services selon d'autres modalités.

M. Halliday: Pour ma part, monsieur le président, je considère que toute la question est un peu utopique quand je vois la liste que M. Axworthy a dressée sur les huit ou dix lacunes différentes du système. Nous ne pouvons tout simplement pas combler ces lacunes parce que les gouvernements n'ont pas suffisamment d'argent pour régler ces problèmes.

Mme Fletcher: Si, ils ont l'argent nécessaire. Ils ont simplement décidé de ne pas les utiliser de cette façon, parce qu'ils cèdent aux pressions de groupes d'intérêts qui ne veulent perdre leur part du gâteau. C'est le cas notamment des hôpitaux et des médecins.

Si nous répartissons un peu mieux les fonds disponibles, nous pourrions consacrer plus d'argent aux services communautaires et auxiliaires. Nous disposerions alors d'un système de soins de santé bien supérieur du point de vue de la satisfaction des besoins exprimés par les personnes âgées.

M. Halliday: Il est difficile de trancher la question. Au sujet de l'assurance-maladie au Canada, nous avons établi un point de comparaison avec le produit intérieur brut. Or, le gouvernement de l'Ontario, par exemple, a déclaré très récemment—mais j'oublie les chiffres exacts—que le

[Texte]

costs for health care in Ontario have gone somewhere in the high 20% range up into the low 30% range. It is a dramatic increase in terms of dollars.

I cannot reconcile that kind of increase with the fact that we say there is no increase in relation to the gross domestic product. Bearing in mind also that the more our economy—

The Chairman: We are just about out of time and still have a few questioners.

Mr. Halliday: —drops, the greater the expenses appear to be.

A voice: I would love to argue that.

The Chairman: Do we have a very quick answer, please. I know it is difficult to give answers.

Mr. Aldred: Mr. Chairman, the argument would take half an hour, but I would certainly love to tangle with Bruce on that one. On the reallocation of funds—and this is what we are driving at—there is resistance to moving the allocation of funds from the high professional level to what could be considered a lower professional level. That is what we are talking about.

The Chairman: Can you share the time we have left with Ms Langan? I know there is not much for either of you.

Ms Phinney (Hamilton Mountain): Yes, as long as we have 10 minutes. I will be short.

I have over 27,000 seniors in my area. I do not think there are probably more than five who would disagree with everything you have said in here. I just confirm to anybody who wonders that you do have the consensus of seniors.

We have talked about how the federal government—and you have mentioned ways—might be asked to regulate where the money is going. Are you having any success at all in this change in the focus of the decision-makers, right now, today, next month, in reallocating the funds? How can we help to put pressure on? Do we have the grey power walking up and down the streets or picketing the hospitals? What can we do to help you out?

Ms Stryckman: Very quickly, an example is the Seniors Independence Program that the former Minister Epp announced. It is basically a health promotion program in many ways. Many seniors' groups more and more are putting in requests for money to educate seniors about life-style changes, about changing ingrained behaviour patterns and about having a good healthy life-style.

That kind of a project is putting the power in the seniors' hands to make the changes and to help other

[Traduction]

budget des soins de santé a franchi le cap des 30 p. 100. Ce sont des sommes fantastiques qui sont en jeu.

Je n'arrive pas à concilier ces chiffres avec le fait que vous disiez qu'il n'y a pas d'augmentation par rapport au produit intérieur brut. Si l'on tient compte du fait que plus notre économie. . .

Le président: Nous allons bientôt manquer de temps et certains membres n'ont pas encore posé leur question.

M. Halliday: . . . s'affaiblit et plus les dépenses paraîtront élevées.

Une voix: J'adorerais pouvoir en discuter.

Le président: Pourrions-nous avoir une réponse très rapidement, s'il vous plaît. Je sais qu'il est difficile de donner des réponses.

M. Aldred: Monsieur le président, ce débat prendrait au moins une demi-heure, mais je me ferais sûrement un plaisir de débattre ce point avec Bruce. Au sujet de la redistribution des fonds—et c'est la question qui nous intéresse—on sent de la résistance à l'égard d'une répartition des fonds qui privilégierait un peu plus les échelons moins élevés de la profession au détriment des échelons élevés. C'est à cela que se résume le problème.

Le président: Pourriez-vous partager le temps qu'il nous reste avec M^{me} Langan? Je sais qu'il ne reste pas beaucoup de temps ni pour l'une ni pour l'autre.

Mme Phinney (Hamilton Mountain): D'accord, du moment que nous disposons de dix minutes. Je serai brève.

Il y a plus de 27,000 aînés dans ma région. Je dirais qu'il n'y en a probablement pas plus de cinq qui ne seraient pas d'accord avec tout ce qu'on a dit aujourd'hui. Je tiens tout simplement à confirmer que nous avons effectivement un consensus chez les personnes âgées.

Nous avons abordé la question de l'opportunité de demander au gouvernement fédéral—et d'autres méthodes ont également été mentionnées—de réglementer l'utilisation des fonds accordés. Les dirigeants, dès maintenant, dès aujourd'hui ou le mois prochain, peuvent-ils réussir à modifier les priorités dans la réaffectation des fonds? Comment pouvons-nous les aider à exercer des pressions? Les intellectuels descendent-ils dans la rue ou dressent-ils des piquets devant les hôpitaux? Que pouvons-nous faire pour aider?

Mme Stryckman: Très rapidement, je vous donnerai l'exemple du programme de l'autonomie des aînés que l'ancien ministre M. Epp a annoncé. Il s'agit essentiellement d'un programme de promotion de la santé à bien des égards. Les groupes de personnes âgées sont de plus en plus nombreux à présenter des demandes de fonds afin de renseigner les aînés sur l'évolution des modes de vie, sur les mauvaises habitudes et sur l'importance de saines habitudes de vie.

Ce genre de projet donne aux aînés le pouvoir d'apporter des changements et d'aider les autres personnes

[Text]

seniors make changes that are necessary to improve their health in a global sense, including the environment, social support networks and all the things that we know are more important, as a matter of fact, for health than health services.

Ms Phinney: Is it changing the minds of the boards of directors or the ones who are making the decisions right now regarding where the money is going to go? Is it changing their ideas?

• 1055

Ms Fletcher: No. That kind of change has to come from on-high, from decision-makers at either the federal level or the provincial level.

Ms Langan: We have been talking a lot about the last months of life and related issues. In many cases we are talking about prolonging dying rather than promoting living. I am heartened to hear what you are saying because I feel much better about my own aging, as opposed to what my parents faced with their aging.

I also have a riding that, although a growing, young one, has a great deal of housing going in that is aimed at those who are aged forty-five and over, the mature living-complex type of housing. This has set off some alarm bells for me to the effect that while that housing is a mature living centre today, it could be a seniors' ghetto tomorrow.

My concern has been shared by both the mayor of my community and some would-be provincial politicians. We have also been meeting informally with some seniors to talk about the ability of what was a rural community and has now become a suburban rural community to respond to that shift in need for social services and for different kinds of health care that are not standard acute health care.

Do you see there being a way, aside from between the federal minister of health and the provincial social services, in which pressure can come from the three levels of politicians and communities back to policy development? Do you see that as a positive approach or should we be more dependent on the filtering-down of whatever results from this committee?

Mr. Aldred: As Susan Fletcher indicated, the decision has to come from on-high. I refer once again to the most basic issue that we are talking about, which is money and the control of allocation of funds in the event the federal government feels more attention has to be given to so-called chronic care and to community care than to acute care, with the medical model moved aside or moved over a bit and with more emphasis here. NACA is only 30 years old and we emphasize that. Leadership must come from the federal authority because it controls the strings.

[Translation]

âgées à faire le nécessaire pour améliorer leur santé dans un sens global, c'est-à-dire par l'assainissement du milieu, par des réseaux de soutien social et par toutes sortes de choses qui, nous le savons désormais, sont plus importantes pour la santé que les services de santé eux-mêmes.

Mme Phinney: Cela suffit-il à modifier les façons de voir des conseils d'administration ou des personnes qui prennent les décisions actuellement concernant l'affectation des fonds? Cela suffit-il à changer leurs idées?

Mme Fletcher: Non. Les changements doivent venir d'encore plus haut, c'est-à-dire de nos dirigeants au palier fédéral ou au palier provincial.

Mme Langan: Nous avons beaucoup parlé des derniers mois de la vie et des problèmes qu'ils posent. Bien souvent, nous prolongeons la mort plutôt que d'améliorer la vie. Ce que vous dites m'encourage parce que je me sens plus à l'aise devant mon propre vieillissement, par rapport à mes parents devant le leur.

On trouve également dans ma circonscription, qui est pourtant dynamique et jeune, un grand nombre d'activités de construction de logements destinés à des personnes de 45 ans et plus, c'est-à-dire des complexes d'habitation d'âge mûr. Cela ne manque pas de m'inquiéter car ces complexes d'habitation pour personnes d'âge mûr pourraient bien être demain des ghettos de personnes âgées.

Ces craintes sont partagées aussi bien par le maire de ma municipalité que par certains candidats possibles aux élections provinciales. Nous avons en outre rencontré de façon informelle certaines personnes âgées en vue discuter de l'aptitude de notre municipalité, secteur rural devenu suburbain, à répondre à l'évolution des besoins en matière de services sociaux et des services de soins de santé qui ne soient plus uniquement des soins en cas de maladie aiguë.

Pensez-vous qu'il serait possible, abstraction faite du ministre fédéral de la Santé et des services sociaux provinciaux, que des pressions soient exercées par des personnalités politiques des trois paliers de gouvernement et que les municipalités appuient l'élaboration de la politique. Pensez-vous que cette approche pourrait porter fruit ou devrions-nous miser surtout sur les répercussions que pourraient avoir les résultats de l'examen du comité?

M. Aldred: Comme Susan Fletcher l'a indiqué, la décision doit venir des plus hautes instances. J'en reviens encore une fois à la question fondamentale dont nous avons parlée, qui est le pouvoir de l'argent et le pouvoir de réglementer l'affectation des fonds qui appartiennent au gouvernement fédéral. Celui-ci pourrait donc juger que le moment est venu d'accorder une plus grande attention aux soins de longue durée et aux soins communautaires par rapport aux soins actifs, en bouleversant un peu le modèle traditionnel de la médecine. Le CCNTA n'a que 30 ans d'existence et il importe d'insister sur ce fait.

[Texte]

I would like to close with a remark our former president used a great deal and I will use myself as an example. When you look at Joel Aldred, you are looking at one 70-year-old. When you look at an 80-year-old, you are looking at only one. There are a lot of people who are a lot younger than I am who I think are 95 or 100. We at NACA are also trying to get away from that stereotype and I am very serious about that.

In answer to your primary question, direction must come from the top because that is where the money is controlled. The allocation of those funds will in time and hopefully in a very short time be established by the federal government and by the Ministry of National Health and Welfare.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Aldred.

I sincerely thank you, Miss Stryckman and Miss Fletcher, on behalf of the committee for appearing before us today. As indicated, members may wish to contact you on their own at a later time in order to obtain additional information.

I thank the committee for their attendance this morning.

The meeting is adjourned.

[Traduction]

L'initiative doit venir du gouvernement fédéral parce que c'est lui qui tient les ficelles.

J'aimerais terminer par une remarque que faisait souvent notre ancien président et que j'utiliserai moi-même à titre d'exemple. Si vous regardez Joel Aldred, vous regardez quelqu'un de 70 ans. Mais si vous regardez quelqu'un de 80 ans, vous ne regardez qu'une seule personne. Il y a un grand nombre de gens qui sont beaucoup plus jeunes que moi et qui ont, je pense, 95 ou 100 ans. Au CCNTA, nous essayons aussi de nous débarrasser de ce stéréotype et je suis très sérieux à ce sujet.

Pour répondre à votre première question, la direction doit effectivement venir des plus hautes instances car c'est elles qui ont la haute main sur l'argent. Les modes de répartition des fonds finiront par être définis, très bientôt j'espère, par le gouvernement fédéral et par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Aldred.

Je vous remercie sincèrement, au nom du comité, mademoiselle Stryckman et mademoiselle Fletcher, pour avoir bien voulu comparaître devant nous aujourd'hui. Comme je le disais tout à l'heure, les membres désireront peut-être communiquer avec vous en leur nom personnel à une date ultérieure pour obtenir de plus amples informations.

Je remercie les membres du comité pour leur participation ce matin.

La séance est levée.



*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESSES

At 9:00 a.m.:

Jane Fulton, Faculty of Administration, University of
Ottawa.

At 10:00 a.m.:

From the National Advisory Council on Aging:

Susan Fletcher, Director;

Joel Aldred, Member of the Ontario Advisory Council
on Aging;

Judith Stryckman, Chief of Research and Policy
Development.

TÉMOINS

À 9 h 00:

Jane Fulton, Faculté d'administration, Université
d'Ottawa.

À 10 h 00:

Du Conseil consultatif national sur le troisième âge:

Susan Fletcher, directrice;

Joel Aldred, membre du Conseil consultatif de
l'Ontario sur le troisième âge;

Judith Stryckman, chef, Recherche et développement
des politiques.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 16

Tuesday, February 13, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 16

Le mardi 13 février 1990

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of
the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude
du régime de soins de santé au Canada et de son
financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, FEBRUARY 13, 1990

(22)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:05 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Building, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin and Stanley Wilbee.

Acting Members present: Jim Karpoff for Joy Langan; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: As individual: Dr. Dorothy Ley, Chairperson of the Canadian Medical Association Committee on Health Care for the Elderly. *From the "Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec":* Marielle Delaney, Vice-President.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. Dorothy Ley made a statement and answered questions.

At 10:10 o'clock a.m., the representative Marielle Delaney, from the "Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec", Marielle Delaney, appeared before the Committee. She made a statement and answered questions.

At 10:50 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 13 FÉVRIER 1990

(22)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 05, dans la pièce 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin et Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Joy Langan; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: A titre particulier: Dorothy Ley, présidente du Comité des soins de santé pour les personnes âgées de l'Association médicale canadienne. *De l'Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec:* Marielle Delaney, vice-présidente.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

Dorothy Ley fait un exposé et répond aux questions.

A 10 h 10, la témoin Marielle Delaney de l'Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec se présente devant le Comité, fait un exposé et répond aux questions.

A 10 h 50, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Tuesday, February 13, 1990

• 0905

The Chairman: Ladies and gentlemen, I call the meeting to order. I see a quorum to hear evidence pursuant to Standing Order 108.(2). The committee continues consideration of the health care system of Canada and its funding. Once again, we will be hearing from two different witnesses. We have with us this morning Dr. Dorothy Ley, the Chairperson of the Canadian Medical Association Committee on Health Care of the Elderly.

Dr. Ley, welcome and thank you for appearing before us this morning. I understand you are staying in one of the local hotels and the security around there is rather tight this morning. I would like to think that not all of it is on your behalf. There are a few other people in town this week.

Dr. Dorothy Ley (Chairperson, Canadian Medical Association Committee on Health Care of the Elderly): Thank you for inviting me to speak to this committee on a topic that is obviously becoming of increasing importance to me, the care of the elderly in the Canadian context. I would like to say how impressed I am with the documentation that was forwarded to me, Mr. Chairman. It is excellent, informative and my compliments to the people who prepared it.

You have already received my brief and a copy of the report of the Canadian Medical Association committee. What I propose to do, very briefly, is go over what I think are some of the important aspects of care of the elderly in Canada today.

We hear a great deal about the projected impact of the rapid increase in the number of elderly on our Canadian society and on our health care system, particularly the funding of the health care system. However, one should not fall victim to the gloom-and-doom scenario provided by the demographics. There are many countries in western Europe, for example, which for decades have had 18% or 20% of their population over the age of 65. However, it also should be pointed out that in Canada particularly we are seeing a very rapid increase in the number of people over 65 in our population. It is this rate of increase taking place over a relatively short period of time, I think, that poses many of our problems. That increase is taking place from a relatively low base. We have had one of the youngest populations in the western world.

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mardi 13 février 1990

Le président: Mesdames et messieurs, la séance est ouverte. Le quorum est atteint pour l'audition des témoignages aux termes de l'article 108.(2) du Règlement. Le Comité continue son examen du système de soins de santé du Canada et de son financement. Encore une fois, nous entendrons le témoignage de deux personnes différentes. Nous avons avec nous ce matin le docteur Dorothy Ley, présidente du Comité des soins de santé pour les personnes âgées de l'Association médicale canadienne.

Docteur Ley, je vous souhaite la bienvenue et vous remercie de comparaître devant nous ce matin. Je crois savoir que vous demeurez dans un des hôtels locaux et que la sécurité a été renforcée ce matin dans ce coin-là. J'ose croire que ce n'est pas pour vous toute seule que ces mesures ont été prises. Il y a quelques autres personnes en ville cette semaine.

Mme Dorothy Ley (présidente, Comité des soins de santé pour les personnes âgées de l'Association médicale canadienne): Je vous remercie de m'avoir invité à prendre la parole devant le Comité sur un sujet qui prend de toute évidence de plus en plus d'importance pour moi, à savoir les soins à l'intention des personnes âgées au Canada. Je tiens à vous dire que j'ai été fort impressionnée, monsieur le président, par les documents qu'on m'a fait parvenir. Ils sont excellents et riches en information. Je félicite donc les personnes qui les ont établis.

Vous avez déjà reçu mon mémoire et un exemplaire du rapport du comité de l'Association médicale canadienne. Je propose donc de passer très brièvement en revue certains des aspects les plus importants, à mon avis, des soins à l'intention des personnes âgées de nos jours au Canada.

Nous entendons beaucoup parler des répercussions que devrait avoir l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées dans notre société canadienne sur le système de soins de santé, du point de vue notamment du financement de ce système. Il importe, toutefois, de ne pas tomber dans le piège de la vision apocalyptique que peuvent suggérer les données démographiques. Il y a de nombreux pays en Europe de l'Ouest, par exemple, dont la population compte, depuis des dizaines d'années, de 18 à 20 p. 100 de personnes de plus de 65 ans. Par ailleurs, il importe de signaler que le Canada, en particulier, connaît une augmentation très rapide du nombre de personnes de plus de 65 ans dans sa population. C'est ce rythme d'augmentation qui se manifeste sur une période de temps relativement courte qui, selon moi, est à l'origine de bon nombre de problèmes. Cette augmentation se fait à partir d'une base relativement peu élevée. Nous jouissons

[Texte]

[Traduction]

jusque là, en effet, d'une des populations les plus jeunes du monde occidental.

• 0910

The third point I would like to make is that when we consider simple demographics we really must look at the nature of the increase. For example, there will be a particularly dramatic rise in the number of elderly over the age of 75 years. Between 1981 and 2001, for example, there will be a 130% increase in the number of people over the age of 85. It is this aspect of the demographic changes that is particularly difficult for us.

The importance of these changes to our health care system, and to planning within that system, is that we must first of all take into account the timeframe within which these changes are taking place and the age cohort to which our plans are directed.

There are short-term proposals that must be made to allow us to care for the very rapid increase in the frail elderly, the people over 85, and there are long-term proposals that we must develop to deal with a population that will have 27% of people over the age of 65 by 2031. So you have both short-term and long-term proposals, and they must be interrelated.

If you will allow me to be blunt, we have so far failed to address the short-term problems of the over-85s. It is now 1990. This change has been taking place since 1981, and we are beginning to see the effect of our failure to plan for the increasing number of frail elderly in our population.

There are certain characteristics of the Canadian elderly population which I think you must remember. First of all, this is the first generation in Canada in which the majority can expect to live beyond the age of retirement. It is the first cohort of elderly that has had the chance to prepare for retirement and that has lived in economic times that allowed them to prepare financially and hopefully psychologically for their retirement. Private pension plans are becoming increasingly more common.

More women are entering the work force and participating in private pension plans. This has an effect of decreasing the number of women over 65 who are totally dependent on government transfer payments for their finances. Lest I paint too rosy a picture, let me remind you that the majority of women over 65 live under the poverty line.

Secondly, more elderly will live alone than in the past. Part of this is due to the increasing number of divorces, the increasing number of people who have never married

Mon troisième point, c'est que dans l'examen des données démographiques fondamentales, nous devons nous interroger sur la nature de l'augmentation. Il y aura, par exemple, une hausse particulièrement spectaculaire du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans. C'est ainsi que de 1981 à 2001, on assistera à une augmentation de 130 p. 100 du nombre de personnes de plus de 85 ans. C'est cet aspect de l'évolution démographique qui apparaît comme particulièrement difficile pour nous.

L'importance de ces changements pour notre système de soins de santé et pour la planification de ce système nous oblige, tout d'abord, à tenir compte de la période de temps au cours de laquelle ces changements ont lieu ainsi que de la cohorte d'individus du même groupe d'âge que visent nos plans.

Il est essentiel de faire des propositions à court terme qui nous permettraient de prendre soin des vieillards les plus fragiles, ceux qui ont plus de 85 ans, dont le nombre augmente très rapidement, et il doit y avoir également des propositions à long terme en prévision d'une population qui sera composée d'ici 2031 de 27 p. 100 de personnes de plus de 65 ans. Il faut donc des propositions à court terme et à long terme, et celles-ci doivent être intimement liées.

Si vous me permettez de ne pas mâcher mes mots, nous avons jusqu'à présent négligé carrément les problèmes à court terme que posent les personnes de plus de 85 ans. Nous sommes maintenant en 1990. Le changement se manifeste depuis 1981 et nous commençons à ressentir les effets de l'absence d'une planification destinée à tenir compte du nombre croissant de personnes âgées fragiles au sein de notre population.

Il y a certaines caractéristiques de la population des aînés du Canada qui, selon moi, méritent d'être rappelés. Tout d'abord, nous appartenons à la première génération de Canadiens dont la majorité des membres peut espérer vivre au-delà de l'âge de la retraite. Nos personnes âgées appartiennent à la première cohorte qui a eu la chance de préparer sa retraite et qui a vécu à une époque où l'économie lui a permis de se préparer financièrement et peut-être même psychologiquement à la retraite. Les régimes privés de pension sont de plus en plus répandus.

Les femmes sont plus nombreuses à faire partie de la population active et elles contribuent à des caisses de retraite privées. Résultat: le nombre de femmes de plus de 65 ans qui dépendent entièrement des prestations gouvernementales pour survivre a diminué sensiblement. Mais je ne voudrais brosser un tableau trop optimiste. Permettez-moi de vous rappeler que la majorité des femmes de plus de 65 ans vivent sous le seuil de la pauvreté.

En deuxième lieu, les personnes âgées seront plus nombreuses que par le passé à vivre seules. Ce phénomène s'explique en partie par la multiplication des

[Text]

within our population, the decreasing birth rate and the fact that women outlive men. Some 50% of women over the age of 65 are widowed, but only 15% of men. This has an impact on our care because these women by and large have no primary care-giver. That fact is reflected in the fact that 67% of the elderly in long-term care institutions are women.

• 0915

Finally, informal care, which traditionally has been provided primarily by women, currently provides some 80% of community care to the elderly; 80% of the community care to the elderly is provided by informal care in Canada. That pool of care-givers is gradually decreasing as women enter the work force. The other side of that coin is that women in the work force have a different expectation of community services than women who work in the home. I am not a sociologist, but that is what the sociologists tell us.

Finally, in Canada today we have to remember that the elderly are not culturally homogeneous. Particularly in our large urban centres, we are going to have to face problems in our planning of taking into account the multicultural characteristics of the aging population.

Let me say a few words about aging and health. I said in my presentation that old age is not a disease, although when you hear people talking about it you might think they believe so. The majority of elderly are not sick. Over 80% of the elderly live in the community, function in the community, and do not need either residential or medical care. Remember that. This is true despite the fact that some 40% of total health care expenditures are accounted for by the elderly. There are the early years between 65 and 75, the years after 75, and the so-called frail elderly over 85. We must think differently about those groups. Only 2% of the 65 to 75 are in institutions at any one time. On the other hand, about one-third of the over-85s require some kind of institutional care, whether it is residential or nursing-home care.

There is good evidence that the federal government policies of health prevention and promotion have an impact on longevity and morbidity. We know that adequate housing, adequate nutrition, a so-called healthy lifestyle, over a generation, over a lifetime, all affect the health and well-being of the elderly. But we must remember that it is healthier to be rich and old in Canada than to be poor and old—for many reasons. In your document you have mentioned Dr. Fries and the

[Translation]

divorces, par l'augmentation du nombre de personnes qui ne se sont jamais mariées, par la baisse du taux de natalité et par le fait que les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Quelque 50 p. 100 des femmes de plus de 65 ans sont des veuves, mais seulement 15 p. 100 des hommes sont veufs. Cette situation a une incidence sur nos soins de santé étant donné que la plupart de ces femmes n'ont aucun proche pour s'occuper d'elles. Le fait que 67 p. 100 des personnes âgées qui vivent dans des établissements de soins de longue durée soient des femmes témoigne bien de cette réalité.

Enfin, quelque 80 p. 100 des soins communautaires dispensés aux personnes âgées le sont sous forme de soins non constitués dont la prestation est surtout assumée par des femmes. Autrement dit, au Canada, 80 p. 100 des soins communautaires offerts aux personnes âgées sont dispensés hors du cadre officiel. Or, ce bassin d'intervenants diminue graduellement à mesure que les femmes s'intègrent à la population active. Un autre aspect, c'est que les femmes qui travaillent ont des attentes différentes des femmes qui ne travaillent pas en matière de services communautaires. Je ne suis pas sociologue, mais c'est ce que les sociologues nous disent.

Au sujet de la situation actuelle au Canada, il convient de se rappeler une dernière chose, soit que la population vieillissante n'est pas homogène sur le plan culturel. Dans les grandes villes surtout, il faudra tenir compte dans notre planification des caractéristiques multiculturelles de cette population vieillissante.

Permettez-moi de dire quelques mots au sujet du vieillissement et de la santé. J'ai affirmé dans mon exposé que la vieillesse n'est pas synonyme de maladie, même si, à entendre les conversations des gens, on croirait qu'ils en sont convaincus. La majorité des personnes âgées ne sont pas malades. Plus de 80 p. 100 d'entre elles vivent et fonctionnent dans la collectivité et n'ont besoin ni de soins en institution ni de soins médicaux. N'oubliez pas cela. C'est un fait, même si quelque 40 p. 100 du budget total des soins de santé est consacré aux personnes âgées. Il existe trois catégories de personnes âgées, les 65 à 75 ans, les 75 et plus et les plus de 85 ans, que l'on appelle les vieillards fragiles. Il faut faire la distinction entre ces groupes. Deux p. 100 seulement des 65 à 75 ans font un séjour en établissement à un moment donné. Par ailleurs, environ un tiers des plus de 85 ans ont besoin de certains soins en établissement, qu'il s'agisse de soins en institution ou en foyer de soins infirmiers.

Il est prouvé que les politiques du gouvernement fédéral de prévention et de promotion en matière de santé ont un effet réel sur la longévité et la morbidité. Il est admis qu'un logement convenable, un bon régime alimentaire et la pratique d'un mode de vie sain pendant 25 ans ou pendant toute une vie ont des conséquences sur la santé et le bien-être des personnes âgées. Pour de nombreuses raisons, il est plus sain d'être riche et vieux que pauvre et vieux au Canada. Dans votre document,

[Texte]

postulation that the maximum lifespan is relatively fixed. In other words, if nothing happens to us, we are all going to live a certain length of time. The onset of chronic illness can be postponed, and the period of disability can be compressed into a relatively short time at the end of your life.

There is a great argument about this among health planners. The danger of accepting this is that we might assume we do not really have to worry about the 65s to 75s, and concentrate on other end of the spectrum. I think that is shortsighted. I think any measures that can postpone the period of disability and prolong independence should be implemented even if in the short term they may be costly.

There is no system of care for the elderly in Canada. Each province has a range of medical and social services and, like other citizens, the elderly have access to these services. There are some geriatric assessment centres—primarily in acute care facilities like teaching hospitals—a few regional programs, and plans in some provinces for out-reach geriatric assessment services into the communities.

It is probably unnecessary to reiterate the fact that there is fragmentation of care in all provinces. The CMA identified it. All kinds of task forces and committees have identified it. There is arbitrary division of responsibility for care of the elderly between competing ministries, agencies, and departments at all levels of all governments.

• 0920

There is a lack of co-ordination, lack of continuity of care, and across this country from one province to another there is good evidence of bureaucratic self-interest and defence of turf. Also, the elderly may and do receive unco-ordinated care because of lack of communication between health care professionals and social care professionals, who are confused concerning their role and their responsibilities, particularly in communities.

If I may be permitted a personal comment, I am now living my own life within the home care system in the province of Ontario. I have written a great deal about community care for the elderly. I have learned a great deal in the last eight or nine months about the reality of community care for the elderly. I am relatively intelligent yet I have found it almost impossible to find my way through the maze of so-called home care in my own province and in my own region. I have discovered that despite well-meaning provincial and regional statements

[Traduction]

vous avez parlé du D^r Fries et du postulat selon lequel l'espérance de vie maximale est relativement fixe. Autrement dit, à moins d'un accident, nous allons tous vivre pendant un certain nombre d'années. On peut retarder l'arrivée des maladies chroniques et resserrer la période d'invalidité dans une période relativement brève, à la fin de la vie.

Ce constat fait l'objet d'un grand débat parmi les planificateurs de la santé. Il ne faudrait pas que l'acceptation de cette thèse nous amène à déduire qu'il n'est pas vraiment nécessaire de se préoccuper du sort des 65 à 75 ans, qu'il vaut mieux concentrer nos efforts à l'autre extrémité du spectre. A mon avis, c'est un manque de perspicacité. Je pense que toute mesure susceptible de retarder la période d'invalidité des personnes âgées et de prolonger leur autonomie devrait être mise en oeuvre même si elle est coûteuse à court terme.

Le Canada est totalement dépourvu de système de soins pour les personnes âgées. Chaque province dispose de toute une gamme de services sociaux et médicaux et les personnes âgées y ont accès, au même titre que les autres citoyens. Il existe certains centres d'évaluation gériatrique, que l'on retrouve surtout dans des établissements de soins impératifs comme les hôpitaux d'enseignement, et quelques rares programmes régionaux. Dans certaines provinces, on prévoit offrir des services d'évaluation gériatrique directement dans la collectivité.

Il est sans doute inutile de revenir sur la fragmentation des soins dans toutes les provinces. L'Association médicale canadienne a relevé le problème, de même que des comités et des groupes de travail en tous genres. En matière de soins aux personnes âgées, il existe une répartition arbitraire des responsabilités entre divers ministères, organismes et agences de tous les paliers de gouvernement qui se font concurrence.

Il y a un manque de coordination, un manque de continuité dans les soins et, dans l'ensemble du pays, d'une province à l'autre, bien des énergies se perdent en querelles de clocher et au service des intérêts bureaucratiques. En outre, il est possible—et il arrive—que les personnes âgées reçoivent des soins mal coordonnés en raison du manque de communication entre les professionnels de la santé et les professionnels des services sociaux qui ne savent pas trop quels sont leurs attributions et leurs responsabilités respectives, surtout localement.

Permettez-moi une observation personnelle. A l'heure actuelle, je bénéficie moi-même des services de soins à domicile dispensés par la province de l'Ontario. J'ai beaucoup écrit au sujet des soins communautaires pour les personnes âgées. Cependant, au cours des quelque huit ou neuf derniers mois, j'ai appris beaucoup quant à la réalité des soins communautaires pour les personnes âgées. Je suis relativement intelligente et pourtant, il m'a été presque impossible de m'y retrouver dans le labyrinthe des prétendus soins à domicile offerts dans ma

[Text]

there is no home care. There is a minimum of home care, such that if you are smart you can put it together and create care for somebody who is ill in your own home.

The answer you get from everybody is, well, just put her in an institution. And I can personally tell you why our institutions are filled with elderly people: because the easy answer you get from physicians, from the home care system that is limited in the homemakers it can provide; it has a limited number of nurses; there is almost no physiotherapy, no speech pathology. The answer you get from all people is to put them in an institution.

The fragmentation and lack of co-ordination of care are only aggravated by inappropriate financing. I do not personally believe throwing money at the problem is going to solve it. I am coming to believe a number of the problems in care for the elderly are because of maldistribution of resources and the incentives created by methods of financing professional, institutional, and community care—incentives to rely on the institutional part of the pattern.

There has been a continued emphasis on funding of acute care institutions and medical services to the detriment of community services and long-term care; long-term care in its broadest sense. I do not see the political will within any of the provinces to reallocate resources. It is a political decision that is going to have to be made, and it is a very difficult one.

I have great sympathy with the people who are faced with that decision, because Canadians in general are entranced with bricks and mortar. Our western world is caught up in the glamour of high-tech transplantation of livers, transplantation of hearts, coronary bypass—you name it. I would not want to be the politician who said to a community, I am sorry, you cannot have a new coronary care unit; I am going to give \$2 million to the Victorian Order of Nurses and the home care programs in this community. I think that is a fundamental fact we all have to face.

A slow change is taking place across this country. We have seen in Ontario some tentative movements towards improving funding of community services. We have seen some interesting and innovative experimental or demonstration projects. The Metropolitan Toronto Geriatric Assessment Program is one example. The problem is that it is only funded for another year and a half. Nobody knows what is going to happen to it at the end of that time.

[Translation]

propre province et dans ma propre région. J'ai découvert qu'en dépit des discours pieux des autorités provinciales et régionales, il n'existait pas de soins à domicile. En fait, il y en a très peu, et seule une personne très astucieuse est en mesure de frapper aux bonnes portes et d'obtenir des soins pour une personne qui est malade chez elle.

Tout le monde vous dit que vous n'avez qu'à placer cette personne dans un établissement. Et je peux vous dire moi-même pourquoi nos établissements sont remplis de vieillards. Tout simplement parce que c'est la solution de facilité préconisée par les médecins et par les responsables des soins à domicile qui n'ont qu'un nombre limité d'auxiliaires familiales ou d'infirmières à leur disposition; il n'y a pas de services de physiothérapie ou de phoniatry. Tout le monde vous dit la même chose: placez vos parents âgés dans un établissement.

La fragmentation et le manque de coordination des soins sont aggravés par un financement inadéquat. Personnellement, je ne pense pas qu'on résoudra le problème en injectant dans ce secteur des fonds supplémentaires. J'en suis venue à la conclusion que c'est plutôt la mauvaise répartition des ressources financières et l'accent mis sur l'institutionnalisation qui sont au coeur des problèmes des personnes âgées. D'ailleurs, l'institutionnalisation comme solution privilégiée s'explique par les lacunes relatives au financement des soins professionnels, institutionnels et communautaires.

On a constamment privilégié le financement des établissements de soins impératifs et des services médicaux aux dépens des services communautaires et des soins prolongés, et j'emploie cette expression dans son sens le plus large. Je ne décèle chez les dirigeants provinciaux aucune volonté politique de réaffecter les ressources. Il s'agit d'une décision politique qu'il est très difficile de prendre, mais qu'il faudra prendre.

J'ai beaucoup de sympathie pour les personnes qui sont confrontées à cette décision parce que les Canadiens, en général, sont de grands amateurs de nouvelles constructions. L'Occident est fasciné par la haute technologie, les greffes du foie, les greffes du coeur, les pontages coronariens, et autres prouesses. Je ne voudrais pas être l'homme politique qui devra annoncer à une collectivité qu'elle n'aura pas droit à une unité de soins coronariens et qu'en lieu et place, il a décidé de consacrer deux millions aux infirmières de l'Ordre de Victoria et au programme de soins à domicile. Je pense que c'est une réalité à laquelle nous devons faire face.

On constate pourtant une évolution graduelle à cet égard. Ainsi, en Ontario, on a fait certains efforts pour accroître le financement des services communautaires. En outre, on a mis sur pied certains projets pilotes intéressants et innovateurs. Le Programme d'évaluation gériatrique du Grand Toronto est un exemple de ce genre de programmes. Le problème, c'est que son financement arrive à échéance dans un an et demi et personne ne sait ce qui va se passer après.

[Texte]

• 0925

We have seen regional programs developed in Saskatchewan. Manitoba has an excellent community system of care and has had one for many years. It is way ahead of the rest of Canada in terms of its gerontological and geriatric care.

We have emphasized a medical model of care and I will not belabour the point. I have set it out in my document. I think part of the problem in our care of the elderly is public expectations. Public policy is mirrored or reflected in public expectations.

I have already mentioned the increasing use of institutional services. A system of community care should ideally embrace residential extended care, nursing facilities, and private homes.

There should be free movement among all parts of the system. The long-term care system in this country tends to be a one-way street. Once you get into it, it is downhill all the way—and out the end in a pine box.

That should not be true. We should be able to move patients back and forth. Before entry into the system, both medical and social assessment should be carried out. Within the system, care should be given by an interdisciplinary team. We health care professionals really do not know how to work on teams. That is true of physicians and nurses and some of the others.

We are taught to assess a situation, to make decisions, and then take responsibility for our decisions. That does not make you a very good team player because in a team, you are going to have to let the other guy make some of the decisions and carry out some of your decisions. We are going to have to learn team dynamics and how to work within the team.

Unfortunately, although Health and Welfare's description of the objectives of Home Care Program specifically identifies programs aimed at promoting independence of the elderly, at the provincial level those objectives have in fact been distorted. In many jurisdictions home care has become an inadequate substitute for institutional care.

We must accept the fact that health is a positive state, not just the absence of disease. We must also accept the fact that an elderly person's perception of his or her health is what their health is, not our perception of their health.

There are several critical issues we must address; one is attitudes. As a society we exercise great control over the elderly's environments. We do things to them and for

[Traduction]

La Saskatchewan a mis sur pied des programmes régionaux. Quant au Manitoba, il dispose depuis plusieurs années déjà d'un excellent réseau de soins communautaires. Cette province est très en avance sur le Canada en matière de soins gérontologiques et gériatriques.

Nous avons mis l'accent sur un modèle de soin médical. Je l'ai déjà dit dans mon mémoire et je ne m'attarderai pas là-dessus. En ce qui concerne les soins aux personnes âgées, je pense qu'une partie du problème tient aux attentes du public. Les grandes politiques des gouvernements reflètent les attentes de la population.

Comme je l'ai déjà dit, on fait de plus en plus appel à l'institutionnalisation. Dans l'idéal, un régime de soins communautaires devrait comprendre des établissements de soins résidentiels, des établissements de soins de longue durée, des foyers de soins infirmiers et des résidences privées.

Il devrait être possible d'avoir accès à toutes les composantes du régime. Dans notre pays, le régime de soins prolongés est un peu comme une rue à sens unique. Une fois qu'on y est engagé, on n'a plus le choix, il faut suivre la filière et n'en sort que les pieds devant.

Il n'est pas nécessaire que les choses se passent ainsi. Il faudrait que les patients puissent entrer et sortir du réseau selon leurs besoins. D'ailleurs, avant d'y entrer, il faudrait qu'ils soient soumis à une évaluation à la fois médicale et sociale. Une fois dans le système, ils devraient bénéficier de l'attention d'une équipe interdisciplinaire. Nous, les professionnels de la santé, nous ne savons pas vraiment comment travailler en équipe. Cela vaut pour les médecins, pour les infirmières et pour d'autres intervenants aussi.

On nous apprend à jauger une situation, à prendre une décision et à assumer les conséquences de cette décision. Or, cela ne fait pas de nous de très bons équipiers parce qu'au sein d'une équipe, il faut parfois laisser quelqu'un d'autre prendre une décision ou exécuter une décision que l'on a prise. Il faudra nous familiariser avec le travail d'équipe et apprendre à fonctionner en équipe.

Santé et Bien-être Canada précise que les objectifs du Programme de soins à domicile sont de favoriser l'autonomie des personnes âgées. Malheureusement, ces objectifs sont faussés au niveau provincial. Dans bien des provinces, les soins à domicile sont devenus un pis-aller remplaçant les soins en institution.

Il faut comprendre que la santé, c'est un état positif, et non simplement l'absence de maladie. Il faut aussi accepter que c'est la perception qu'a une personne âgée de sa santé qui est juste et non pas la nôtre.

Il y a plusieurs graves problèmes qu'il faut régler. Il faut entre autre changer les mentalités. En tant que société, nous exerçons un contrôle rigoureux sur le milieu

[Text]

them—not with them. The cohorts of the elderly coming up—and I am one of them—are not going to let the health care professions do that any more. We are all guilty of benevolent paternalism—all of us, professionals, governments, and society in general.

The competent elderly must be free to take risks and take the results of those risks. We slip into ageism and paternalism, quite often without thinking.

I had an elderly relative of mine say to me, stop babying me; if I want to go out and get hit by a bus crossing the street, it is my life and my business and not yours. She is still very much alive and as far as I know has never been hit by a bus—despite all my concerns.

• 0930

The elderly are caught in a web of ignorance about old age and disease in old age. We need better education of health care professionals, of the public, and of the elderly themselves because they expect to be treated like second-class citizens. Talk to them.

The final issue I would like to address very briefly is ethics. Many health care professionals, particularly physicians, are caught between the philosophy of care that is espoused by the Hippocratic oath and the need for triage of scarce resources. The spectre of age-related access to care is in the background of all our planning. I have a feeling that in fact all of us, governments and professionals, are being forced to make decisions concerning care that by default are based ultimately on the age of the recipients.

The increase in demand for euthanasia by the elderly is an indictment of society's ability to use high technology wisely and to anticipate the long-term results of using high-tech in care of the elderly. We have failed to recognize the distinction between micro-ethics at bedside care and the legalities of the delivery of care. All you have to do is look at the increased demand for living wills among the elderly. Let me tell you one very brief story.

The person whom I referred earlier is in fact my 83-year-old cousin who is now very ill in hospital and will not survive. She is the only patient on a medical floor of 60 people on whom there is a "do not resuscitate order"—the only patient. There are 10 or 12 people almost identical to her, semi-conscious, very elderly, very frail, who are dying. She is the only one with a DNR

[Translation]

de vie des personnes âgées. Nous prenons des décisions pour elles, mais pas avec elles. La nouvelle génération de personnes âgées—et j'en suis—ne permettra plus aux professionnels de la santé de la prendre complètement en charge. Nous sommes tous coupables de paternalisme bienveillant—les professionnels, les gouvernements et la société en général.

Le vieillard qui a toutes ses facultés doit être libre de prendre des risques et d'en assumer les conséquences. Souvent, sans même y penser, nous sombros dans le paternalisme et la discrimination fondée sur l'âge.

Voici ce que m'a dit une de mes parentes âgée: «arrête de me bichonner. Si je veux sortir, au risque d'être heurtée par un autobus en traversant la rue, c'est ma vie, ce sont mes affaires, et pas les tiennes.» A l'heure qu'il est, elle est toujours bien vivante et à ma connaissance elle n'a pas encore été heurtée par un autobus, malgré toutes mes inquiétudes.

Les personnes âgées sont prises au piège de l'ignorance au sujet de la vieillesse et des maladies de la vieillesse. Il est indispensable de mieux former les professionnels de la santé, le grand public et les personnes âgées elles-mêmes, car celles-ci trouvent naturel d'être traitées comme des citoyens de seconde zone. Il suffit de leur parler pour s'en rendre compte.

La dernière question que je voudrais aborder très brièvement a trait à l'éthique. De nombreux professionnels de la santé, notamment les médecins, sont pris dans un dilemme: agir selon la philosophie découlant du serment d'Hippocrate qu'ils ont prêté et faire des choix pour l'affectation de ressources insuffisantes. Le spectre de l'accès des personnes âgées aux soins de santé est à l'arrière-plan de toutes nos activités de planification. J'ai l'impression que nous sommes tous obligés, gouvernements aussi bien que professionnels de la santé, de prendre des décisions qui, par défaut, sont fondées en fin de compte sur l'âge des intéressés.

L'augmentation de la demande d'euthanasie chez les personnes âgées témoigne de l'inaptitude de la société à mettre sagement à profit la haute technologie et à prévoir les effets à long terme de l'utilisation de cette technologie dans les soins prodigués aux personnes âgées. Nous n'avons pas su faire la distinction entre la micro-éthique applicable aux soins dispensés aux alités et les aspects légaux de la prestation des soins. Il suffit de voir l'augmentation de la demande de testaments de vie chez les personnes âgées. Je vais vous raconter une très courte histoire.

La personne dont j'ai parlé tout à l'heure est en fait ma cousine de 83 ans qui est aujourd'hui très malade dans un hôpital et qui ne survivra pas. Elle est la seule patiente parmi 60 autres, sur un même étage d'hôpital, pour qui on a lancé «un ordre de ne pas ressusciter». Il y a 10 ou 12 autres personnes qui sont dans le même état qu'elle, c'est-à-dire semi-conscientes, très âgées, très fragiles, qui

[Texte]

order. There is something wrong with a society that demands that of physicians, or with physicians who fail to have the—I am not sure whether “guts” is a word you can use in the committee, Mr. Chairman, or not—guts to write the order, or families that fail to recognize the situation.

The care of the terminally ill elderly is no different from palliative care in the rest of society. It has some specific differences in application. For example, pain management in the elderly is different from pain management in somebody who is 45 years old in terms of the kind of drug you use and the doses you use, and the interrelationships between the drugs that they are already taking and the drugs you use to manage their symptoms. But apart from that, the philosophy of palliative care is the same. There is little palliative care in this country, period. But there is little in the community except that based on voluntary programs.

Finally, let me say that I think we must learn to treat the elderly as slightly older members of our society. We must stop thinking of the care of the elderly as placing a burden on our health care system and look at it as a challenge, a challenge to develop innovative ways of delivering care, a challenge for once to listen to the people who are receiving that care, whether it is medical or social care, and modify what we do to meet their needs, not what we think their needs are.

Finally, I think it is a challenge to us as a society to allow the elderly to live in the kind of freedom we enjoy and which they have enjoyed until they were 65, the freedom to make choices, the freedom to live with those choices, and the freedom to be cared for within a health care system that treats them not as diseases with legs, not as expendable members of society, but as people who happen to be old and who happen to be sick.

• 0935

The Chairman: Thank you very much, Dr. Ley. You certainly raised a number of points which I think in some cases have been drawn to the attention of the committee. You are probably aware of the demographic report that was recently tabled before this committee. I am sure the presentation you have given and the brief you have presented will raise a number of questions from members.

Mrs. Clancy (Halifax): I have listened with fascination to your report, Dr. Ley. In particular, when you talk about attitudes towards the elderly, I wonder if there is not the realization in adult children that “good God, my

[Traduction]

sont en train de mourir. Mais elle est la seule ayant fait l'objet d'un ordre de ne pas ressusciter. Il y a quelque chose qui ne va pas dans une société qui impose une telle exigence à ses médecins, ou dont les médecins eux-mêmes n'ont pas le cran ou le «culot», si vous me permettez cette expression, monsieur le président, de rédiger cet ordre, ou dont les familles n'ouvrent pas les yeux sur la situation.

Le soin des malades âgés en phase terminale n'est pas différent des soins palliatifs que reçoivent les autres membres de la société. Il y a bien dans la pratique certaines différences particulières. Par exemple, l'apaisement de la douleur chez les personnes âgées se fait quelque peu différemment que pour une personne de 45 ans sur le plan de la nature des médicaments utilisés et du dosage, de même que du point de vue des interactions entre les médicaments que les personnes âgées prennent déjà et ceux qu'on utilise pour atténuer les symptômes. Autrement, les principes des soins palliatifs sont sensiblement les mêmes. Au demeurant, les soins palliatifs sont pratiquement inexistantes au Canada. Ils sont rares dans les programmes communautaires, à l'exception de ceux fondés sur le bénévolat.

Enfin, à mon avis, il faut apprendre à traiter les personnes âgées simplement comme des membres un peu plus vieux de notre société. Il faut cesser de se dire que les soins accordés aux personnes âgées représentent un fardeau qui pèse sur notre régime de soins de santé et commencer plutôt à les considérer comme un défi à relever par l'adoption de moyens innovateurs pour la prestation des soins, défi qui consiste également à écouter enfin les personnes qui reçoivent ces soins, qu'ils soient d'ordre médical ou social, afin que nous fassions le nécessaire pour répondre à leurs besoins véritables, et non aux besoins que nous avons défini pour elles.

Bref, selon moi, notre société doit relever ce défi afin de permettre aux personnes âgées de jouir de la même liberté que nous avons nous-mêmes et dont elles ont bénéficié jusqu'à l'âge de 65 ans, soit la liberté de faire des choix, la liberté d'assumer ces choix et la liberté d'être soigné dans le cadre d'un système de soins de santé qui ne les traite pas comme des maladies ambulantes, comme des membres insignifiants de la société, mais comme des personnes humaines qui sont tout simplement âgées et malades.

Le président: Merci beaucoup, docteur Ley. Vous avez certes soulevé plusieurs questions importantes qui, dans certains cas, ont déjà été portées à l'attention du Comité. Vous êtes sans doute au courant du rapport démographique qui a été récemment déposé devant le Comité. Je suis persuadé que votre exposé, de même que le mémoire que vous avez présenté, inciteront les membres du Comité à poser des questions.

Mme Clancy (Halifax): J'ai été captivée, docteur Ley, par votre exposé, en particulier lorsque vous avez parlé des attitudes envers les personnes âgées. J'ai été frappée par l'idée que les adultes d'aujourd'hui réagissent un peu

[Text]

parents are getting old". Would you say that part of our difficulty in dealing with the elderly the way we should is a combination of fear and resentment that the people we thought were immortal suddenly are not? Do you think there is an educational aspect that can help combat that problem? I see that in my own generation, in my friends' response to the fact of aging parents. Do you think that can be overcome some way, at some point, through the educational system?

Dr. Ley: Yes, I think it can. One of the major thrusts of the implementation committee of the CMA was to promote education, and not just education of health care professionals in the difference between old age and being sick, but education of the public and education of the elderly themselves, because a lot of the problems the elderly develop are because once they are 65 they sit down. They retire and "do not have to do anything any more". They get fat. Their arthritis begins to bother them and it is a self-perpetuating cycle. I will not go into the details. You can imagine it yourself. Yes, education will help change attitudes. If you talk to some of these people—concerned pensioners and other organizations—they tell their peers to get off their seats and get going. They tell them to walk, ride a bicycle or play golf, if they like playing golf.

Mrs. Clancy: Could I get you to call my mother right after this?

Dr. Ley: But it is true.

Mrs. Clancy: You are telling me!

Dr. Ley: But attitudes can be changed by education. One of the strengths of the health promotion work being done by the federal government is that a lot of it is being directed at just those problems. Because you turn 65 does not mean you fold your hands, stop doing all the things you did and sit around and wait to die.

Along with that, there is a group of the 65-plus who are active, interested executives going off to strange places to help start companies, and doctors who are going away and doing months of work in the jungles or in underprivileged, under-staffed areas. Out of your generation is coming an interest in continuing to be involved that is going to change the whole spectrum of old age.

[Translation]

comme les enfants qui, tout à coup, prennent conscience que leurs parents vieillissent. Seriez-vous d'accord pour dire que les difficultés que nous éprouvons dans notre traitement des personnes âgées tiennent en partie au fait que nous ressentons une sorte de crainte et de ressentiment lorsque nous nous apercevons tout à coup que les personnes que nous croyions immortelles ne le sont pas? Pensez-vous que l'éducation pourrait aider à combattre ce problème? Je constate cette attitude chez les membres de ma propre génération, dans la réaction de mes amis devant le vieillissement de leurs parents. Pensez-vous qu'il est possible de faire quelque chose pour régler ce problème, à un moment donné, dans le système d'éducation?

Mme Ley: Oui, je pense que c'est possible. Un des principaux objectifs du comité de mise en oeuvre de l'AMC était de promouvoir l'éducation, non seulement par la sensibilisation des professionnels de la santé à la différence qui existe entre le vieillissement et la maladie, mais également par la sensibilisation du public et la sensibilisation des personnes âgées elles-mêmes, car bon nombre des ennuis de santé que connaissent les personnes âgées sont dus au fait qu'une fois qu'elles ont atteint l'âge de 65 ans, elles ne font rien d'autre que de se croiser les bras. Elles prennent leur retraite «n'ont plus rien à faire». Elles prennent du poids. Leur arthrite commence à les faire souffrir et les voilà engagées dans un cycle infernal. Je n'entrerai pas dans les détails. Vous pouvez imaginer vous-mêmes la situation. Oui, l'éducation pourrait aider à faire évoluer les attitudes. Parlez à ceux qui oeuvrent dans ce domaine—des retraités engagés et d'autres organismes—et vous verrez qu'ils ne demandent pas mieux que de dire aux autres personnes âgées de quitter leurs fauteuils et de s'activer. Ils leur disent de marcher, de faire de la bicyclette ou de jouer au golf, si ce sport les intéresse.

Mme Clancy: Pourrais-je vous demander d'appeler ma mère tout de suite après la discussion?

Mme Ley: C'est la pure vérité.

Mme Clancy: A qui le dites-vous!

Mme Ley: Mais les attitudes peuvent évoluer grâce à l'éducation. C'est justement l'un des points forts du travail de promotion de la santé entrepris par le gouvernement fédéral que de s'intéresser particulièrement à ce genre de problèmes. Ce n'est pas parce qu'on a atteint 65 ans qu'il faut se croiser les bras, cesser de faire ce qu'on a toujours fait, rester assis et attendre la mort.

Mais en même temps, il existe un groupe de personnes de 65 ans qui demeurent actives. Ce sont d'anciens cadres qui se rendent aux endroits les plus étonnants pour aider à lancer des entreprises, ou encore des médecins qui s'en vont travailler pendant des mois dans la jungle ou dans des régions démunies qui manquent de personnel. On voit poindre chez les gens de votre génération un nouvel intérêt concernant l'opportunité de continuer à s'engager, ce qui devrait modifier en profondeur les perspectives qui s'offrent aux personnes âgées.

[Texte]

Mrs. Clancy: Earlier you said the woman who works outside the home has a different expectation of social services than the woman who stays inside the home. I was not quite sure what that expectation is. My first thought was that you meant the woman who works outside has a higher expectation.

Dr. Ley: That is true.

Mrs. Clancy: Sometimes if you work outside the home you realize that—

Dr. Ley: Of the services, and of the nature, number and kind of services that are available.

• 0940

Mrs. Clancy: So you are saying that for the woman who stays inside the home there may be a false sense of security, indeed, about social services.

The third thing was with regard to the statement you made about resuscitation orders. Just in my own city of Halifax and within the members of the medical profession that I know—at least from what I have heard, and I am wondering whether this is true on a national level or if you can even make that statement—not to resuscitate seems to be much more the norm. Maybe it is something in regard to our environment that we are closer to death, or more comfortable with it. I do not know.

Dr. Ley: It varies from one part of the country to another. Dr. Halliday and I are old enough to remember when the decision not to continue treatment was a purely medical one. What has happened over the last several decades is it has become a legal one. The fear of legal action on the part of family or friends, or the fear of institutions, of legal action. . . The fear of nurses of legal action. . . The nursing profession has a tremendous influence on the doctor's decision to write DNR, because the nursing profession is very uncomfortable with this in certain provinces. It varies from one province to another.

In centres like Toronto or Montreal or Vancouver—and I am only guessing, I cannot prove this—it seems to me, in talking to people, that you find much more concern about the legal intrusion in the care of patients than you do in smaller centres.

Mr. Wilbee (Delta): Coming from, like Dr. Halliday, 30 years in family practice where 65% of the practice was pediatrics to 65% seniors, I recognize and certainly relate to the situation you are referring to—and also southwestern B.C.; everybody retires in Ontario or Saskatchewan and comes to sunny British Columbia.

[Traduction]

Mme Clancy: Vous avez dit tout à l'heure que la femme qui travaille à l'extérieur n'a pas les mêmes attentes à l'égard des services sociaux que celle qui demeure au foyer. Je me suis demandé quelles étaient ces attentes. J'ai d'abord pensé que vous vouliez dire que les femmes qui travaillent à l'extérieur ont des attentes plus exigeantes.

Mme Ley: C'est juste.

Mme Clancy: Parfois, si l'on travaille à l'extérieur, on prend conscience des. . .

Mme Ley: Des services offerts, de leur nature, de leur nombre et de leur type.

Mme Clancy: Vous dites donc que la femme qui demeure à la maison peut avoir un faux sentiment de sécurité à l'égard des services sociaux.

Mon troisième point a trait à votre déclaration concernant les ordres de ne pas ressusciter. Dans ma propre ville d'Halifax et chez les médecins que je connais—du moins dont j'ai entendu parler, et je me demande si la chose est vraie à l'échelle nationale ou si on peut même l'affirmer—la non-ressuscitation semble devenir la norme. Cela a peut-être quelque chose à voir avec notre milieu; nous semblons plus près de la mort, plus à l'aise avec elle. Je ne sais pas.

Mme Ley: Les attitudes varient de région en région. Le Dr Halliday et moi sommes suffisamment âgés pour nous souvenir que la décision de ne pas poursuivre les traitements était autrefois fondée uniquement sur des critères médicaux. Or, depuis quelques dizaines d'années, elle a de plus en plus revêtu un caractère juridique. La crainte de poursuites judiciaires par des membres de la famille ou des amis, ou la crainte des établissements eux-mêmes devant la possibilité de poursuites judiciaires. . . la crainte des infirmières concernant les actions en justice. . . les infirmières ont une influence incroyable sur la décision du médecin de lancer un ordre de ne pas ressusciter, parce que l'Ordre des infirmières est très mal à l'aise devant cette question dans certaines provinces. Les attitudes changent d'une province à l'autre.

Dans des grands centres comme Toronto, Montréal ou Vancouver—mais ce ne sont là que des hypothèses que je ne peux prouver—il m'a semblé en parlant aux gens qu'on s'inquiétait beaucoup plus des interventions d'ordre juridique dans le soin des patients par rapport aux petites villes.

M. Wilbee (Delta): Je compte 30 ans de pratique de la médecine familiale, comme le Dr Halliday, et l'on est passé de 65 p. 100 de cas de pédiatrie à 65 p. 100 de cas de gériatrie. Je connais donc très bien la situation dont vous parlez et qui existe également dans le sud-ouest de la Colombie-Britannique. Tous les retraités de l'Ontario ou de la Saskatchewan viennent se réchauffer au soleil de la Colombie-Britannique.

[Text]

But I notice in these people who move from Ontario or Halifax that the gentleman retires at 65 years, he comes out, and he lives for 9 months; then we care for his widow for the next 9 years. Do you have any suggestions for promoting wellness in these seniors that we have? You mentioned a few things, such as golfing and so on, but a lot of them are, I would say, cripples as far as a healthy lifestyle is concerned. Take their work away and they are gone.

Dr. Ley: Medically, as you know, you have to start before you are 65, although it helps if you start when you are 65. They are the obvious simple things, like exercise, a balanced diet, not smoking. I do not happen to be a militant anti-smoker, but I do know what life-long smoking does to people's health. They are things like all the very simple, straightforward health promotion activities and lifestyle that we all know about. It helps if you start them at 65, but it also is better if you start them at 40 or 20. What was the phrase? Was it that the average 45-year-old Canadian was not as healthy as the average 65-year-old Swede?

Participaction has improved that. As a nation we are much more conscious of our health. There have been tremendous strides in big companies in preparing people for retirement. That is not true of the individual professional. As doctors, we are terrible. We do not prepare for our retirement.

Mr. Wilbee: We are immortal.

Dr. Ley: Well, if you really want my personal opinion, I do not think we know what to do with ourselves.

Mr. Wilbee: Another area you did not really mention that I found to be a major problem is the drugs in the elderly, over-prescription. Do you have any comments on that? Or control of prescriptions where there may be multiple doctors, or continuation of prescriptions where nobody has taken them away—that type of thing.

Dr. Ley: Yes. I am the current chairman of the Canadian Coalition on Drug Use in the Elderly, which is a coalition of national organizations that is addressing this particular issue. There are three or four fundamental problems. One is prescribing practices of physicians. That is probably the only one of the factors that we can really do very much about. One is information-sharing between the physician and the patient, making sure that the elderly person knows exactly what this is all about and reiterating it as part of that communication to make sure that when you change the drug the elderly person does not go on taking the first drug, which they do. Communication extends to communication between the doctor and the patient, between the doctor and the

[Translation]

Or, j'ai remarqué chez ces personnes qui viennent de l'Ontario ou d'Halifax que l'homme qui a pris sa retraite à 65 ans meurt neuf mois plus tard. Nous devons par la suite nous occuper de sa veuve pendant les neuf années suivantes. Auriez-vous des suggestions à faire pour promouvoir la santé de ces personnes âgées que nous recevons? Vous avez mentionné certaines solutions, comme le golf et d'autres activités mais bon nombre de ces personnes sont, si je puis dire, des infirmes du point de vue de leur aptitude à adopter de saines habitudes de vie. Enlevez-leur leur travail et elles dépérissent.

Mme Ley: Médicalement parlant, comme vous le savez, il faut commencer avant 65 ans à adopter de saines habitudes de vie, encore qu'il ne soit pas inutile de commencer à 65 ans. Certaines d'entre elles sont évidentes, comme l'exercice, un régime alimentaire équilibré, le renoncement au tabac. Je ne suis pas une anti-tabagiste militante, mais je connais les effets nocifs sur la santé de toute une vie de consommation de tabac. Les activités favorables à la santé sont très simples et vont de soi. Il s'agit d'adopter de saines habitudes de vie. Il n'est pas inutile de commencer à 65 ans, mais c'est encore mieux d'adopter ces habitudes à 40 ans ou à 20 ans. Quelle est encore cette anecdote? Que le Canadien moyen de 45 ans n'est pas en aussi bonne santé que le Suédois moyen de 65 ans?

Participe-Action a eu des effets positifs. A l'échelle du pays, nous sommes beaucoup plus conscients de notre santé. Les grandes sociétés ont fait des progrès énormes pour préparer leurs employés à la retraite. Les membres des professions libérales n'en ont pas fait autant. Nous les médecins, nous sommes terribles. Nous ne nous préparons pas à notre retraite.

M. Wilbee: Nous sommes immortels.

Mme Ley: Si vous voulez mon opinion personnelle, je dirais que nous ne savons pas quoi faire de nos dix doigts.

M. Wilbee: Il y a une autre question que vous n'avez pas mentionnée, mais que je considère comme un problème majeur. Il s'agit des médicaments prescrits ou surprescrits aux personnes âgées. Auriez-vous des commentaires à présenter à ce sujet? Serait-il opportun d'exercer un contrôle sur les ordonnances provenant peut-être de plusieurs médecins, ou qui ont cessé d'être valides ou encore d'autres abus?

Mme Ley: Oui. Je suis actuellement la présidente de la Coalition canadienne sur l'usage des médicaments par les personnes âgées, qui est une coalition d'organismes nationaux s'intéressant à cette question particulière. Il y a trois ou quatre problèmes fondamentaux qui lui sont associés. Les pratiques des médecins en matière d'ordonnances en sont un. C'est sans doute d'ailleurs un des seuls facteurs auxquels nous puissions vraiment nous attaquer. On pourrait commencer par promouvoir les échanges d'information entre le médecin et le patient, pour faire en sorte que la personne âgée sache exactement à quoi elle doit s'attendre et que, lorsqu'on lui prescrit un autre médicament, elle ne continue pas à prendre le premier, ce qui arrive trop souvent. Cette communication

[Texte]

pharmacist, between the pharmacist and the patient and between the patient and the doctor and pharmacist.

[Traduction]

entre le médecin et le patient doit intervenir également entre le médecin et le pharmacien, entre le pharmacien et le patient, et entre le patient et le médecin et le pharmacien.

• 0945

The third item is over-the-counter drugs. There is a great tendency in our society, which is shared by the elderly, to think that there is a pill that will cure everything. If the doctor's pill does not work, then they go into the drugstore and buy something over the counter. I am not sure whether we have much chance of changing the attitudes of society but what happens to the elderly is part of that.

Finally we do not really have very much hard data on what happens to drugs, particularly in the frail elderly. The pharmaceutical companies recognize this. The pharmaceutical companies do their studies on middle-aged adult or young adult populations. Sometimes the dose of a drug may be different in the elderly: the way they elderly metabolize it, the way it is used in the elderly, the way it is excreted, or the way it is absorbed may be different from the way it does in a 45-year-old. We do not know a great deal about it, so there is room for research.

Mrs Greene (Don Valley North): I have a sister who is a social worker in a Halifax hospital. She brought up the point that she thinks there are financial disincentives to appropriate care. For example, in nursing homes you have to pay for home care, usually on a sliding scale, but in chronic care hospitals and acute care hospitals you do not. I wonder what information you have on that and what your views are.

Dr. Ley: That is true right across the country. As I said a little earlier, there are financial disincentives built into the system to provide a continuum of care and to provide appropriate care. We are going to have to change the way we fund our system. There are financial disincentives, for example, to practice good geriatric medicine. As long as the medical profession is bound to a fee-for-service structure, they are not going to have the incentive.

They are not going to be able financially to spend three or four hours going to a patient's home, particularly in rural areas. I did not mention care of the rural elderly, which is not good. If you have to leave your office, go to a farm and spend an hour or two with an elderly person or an elderly couple to solve their problems and find out whether it is a medical problem or a social problem and then go back to your office, the fee-for-service structure was never geared to deal with that.

Le troisième problème est celui des produits grand public. Les gens ont tendance à croire dans notre société, et c'est le cas également des personnes âgées, qu'il existe un médicament sous forme de comprimé capable de tout guérir. Si le médicament prescrit par le médecin ne fait pas effet, on se dépêche alors d'aller à la pharmacie et d'acheter un produit grand public. Je ne sais pas quels sont les chances de changer cette attitude dans la société, mais les difficultés des personnes âgées tiennent en partie à cela.

Enfin, nous ne disposons pas de beaucoup de données solides sur la façon dont sont utilisés les médicaments, particulièrement par les personnes âgées fragiles. Les compagnies pharmaceutiques le reconnaissent. Leurs études portent sur la population des adultes d'âge mûr ou de jeunes adultes. Parfois, la posologie peut être différente pour les personnes âgées: en raison de leur métabolisme, leur façon d'utiliser ces médicaments, leur façon de les éliminer ou de les absorber peuvent être différentes de celles des personnes de 45 ans. Nos connaissances sont limitées à ce sujet, de sorte qu'il reste beaucoup de recherche à faire.

Mme Greene (Don Valley-Nord): J'ai une soeur qui est travailleuse sociale dans un hôpital d'Halifax. Elle a avancé l'opinion qu'il existe des obstacles financiers à des soins appropriés. Par exemple, il faut payer les soins reçus dans les foyers pour personnes âgées, le plus souvent sur une base régressive, mais les services des hôpitaux pour soins de longue durée ou pour soins actifs sont gratuits. Je me demandais quelle information vous aviez à ce sujet et quel était votre point de vue.

Mme Ley: Votre remarque est valable pour l'ensemble du pays. Comme je l'ai dit tout à l'heure, le système comporte des entraves financières à la prestation de soins continus et appropriés. Nous allons devoir changer la façon de financer notre système. Il existe des facteurs financiers, par exemple, qui freinent la pratique d'une bonne médecine gériatrique. Aussi longtemps que les médecins seront payés à l'acte, la situation ne risque pas de s'améliorer.

Il n'est pas rentable financièrement de prendre trois ou quatre heures pour aller au domicile d'un patient, en particulier dans les régions rurales. Je n'ai pas parlé des services aux personnes âgées des régions rurales, mais ceux-ci ne sont pas de qualité. La rémunération à l'acte n'est guère propre à inciter le médecin à quitter son bureau, à se rendre dans une exploitation agricole et à passer une heure ou deux heures avec une personne âgée ou avec un couple âgé pour trouver une solution au problème et déterminer s'il s'agit d'un problème médical ou social, avant de reprendre la route vers son bureau.

[Text]

The same thing is true in palliative care. The same thing is true of team work, and interdisciplinary teams are absolutely essential. Your sister is part of a team and interdisciplinary teams are absolutely essential to the good care of the elderly—a mix of social and health and medical services.

We all recognize this. The medical professions recognize it, the nursing professions recognize it, and governments recognize it. One of the problems is that it is a lot easier to manage a fee-for-service system than it is to manage some other kind of mix.

The traditional stance has been that doctors resist anything but fee for service, and this just is not true any more. It was true 10 or 15 years ago but it is not true any more. I think one of the solutions to developing a good continuum of care for the elderly is to develop innovative ways of alternative funding because the disincentives are built into the system. Your sister is dead right. It is not only institutional care, but also the whole spectrum of care that has to be looked at.

• 0950

Ms Greene: What are some of the suggestions of your organization in that area? Have you examined it?

Dr. Ley: We examined it. We are not economists; we are physicians. But we said that provincial organizations should look at the fee-for-service structure, that the non-system of institutional care—residences, nursing homes, acute care institutions—should be looked at by health economists to remove those disincentives and create a smooth flow of patients within the system. That is a tremendous job, because the Canada Health Act has really mandated that we concentrate on medical services.

Ms Greene: If we instituted a fee-for-service for hospital bed use or chronic care hospital use, similar to the nursing home or home care fee, do you think that would be beneficial?

Dr. Ley: I am not sure that would solve the problem. I am not a health economist, but I think it would be better to look at the whole system and see where the bottlenecks are. For example, what are the factors that influence the decision to take an old person out of his home and put him into an institution, whether it is home long-term care, a nursing home, or an acute care institution?

Ms Greene: A lot of them come through the acute care hospital. Then the hospital is stuck with them and is looking for a place to put them.

[Translation]

La même remarque s'applique aux soins palliatifs. Elle s'applique également au travail en équipe. Or, les équipes interdisciplinaires sont absolument essentielles. Votre soeur fait partie d'une équipe et ce travail interdisciplinaire est absolument essentiel si l'on veut apporter des soins valables aux personnes âgées, par un mélange de services sociaux et de services de santé et médicaux.

Nous reconnaissons tous ce fait. Les médecins le reconnaissent, les infirmières le reconnaissent et les gouvernements le reconnaissent aussi. Le problème, c'est qu'il est beaucoup plus facile de gérer un système de rémunération à l'acte qu'un système mixte.

Le point de vue traditionnel, c'est que les médecins s'opposent à tout système autre que celui des paiements à l'acte, mais cela n'est plus vrai aujourd'hui. C'était le cas il y 10 ou 15 ans, les choses ont changé. À mon avis, si l'on veut être en mesure d'assurer la continuité et la qualité des soins aux personnes âgées, il faudra avoir recours à des méthodes différentes et innovatrices en matière de financement, à cause des facteurs de dissuasion inhérents au système actuel. Votre soeur a absolument raison. Ce n'est pas uniquement les soins en établissement qui doivent être examinés de près, mais l'ensemble complet des services offerts.

Mme Greene: Que propose votre organisme dans ce domaine? Vous êtes-vous penché sur cette question?

Mme Ley: Nous l'avons examinée. Nous ne sommes pas des économistes, mais des médecins. Nous avons déclaré que les organismes provinciaux devaient étudier ce régime de paiement à l'acte, et que les économistes compétents devaient se pencher sur le régime désorganisé des soins en établissements—résidences, maisons de santé, établissements de soins actifs—de façon à ce que les facteurs de dissuasion soient supprimés et qu'on en arrive à la libre circulation des patients dans le système. Le défi est de taille, car la Loi canadienne sur la santé nous oblige à concentrer nos efforts sur les services médicaux.

Mme Greene: Si nous devons instituer des frais d'utilisation des lits d'hôpitaux pour soins actifs ou soins de longue durée, semblables à ceux qui s'appliquent aux foyers de soins infirmiers ou aux soins à domicile, pensez-vous que cela aurait des effets positifs?

Mme Ley: Je ne suis pas sûre que cela réglerait le problème. Je ne pas une économiste du domaine de la santé, mais je suis d'avis qu'il serait préférable d'examiner le système dans son ensemble pour voir ce qui cloche. Quels sont, par exemple, les facteurs qui influencent la décision de faire sortir de sa maison une vieille personne et de la mettre en établissement, que ce soit dans un foyer pour soins de longue durée ou pour soins infirmiers ou un établissement de soins actifs?

Mme Greene: Beaucoup de ces personnes passent d'abord par un hôpital de soins actifs. Lorsque l'hôpital est engorgé, on cherche alors un endroit où les placer.

[Texte]

Dr. Ley: Acute care hospitals are stuck with elderly people for two reasons. The simplistic answer is that there are not enough beds out there; that is not true. There are more chronic care beds than there have ever been in this country. One of the reasons is that you frequently have inappropriate institutionalization of the elderly—they do not need to be there—because there are no community services. The second reason is that elderly people tend to have multiple pathologies, and when they get a simple illness, the whole system breaks down. So they wind up in a hospital, and they wind up in the hospital longer.

If you have a fractured hip, you get rehabilitation, and when you get out of the hospital you can walk. If you have pneumonia, we do not have reactivation services like they do in Great Britain and Europe. The person with pneumonia lies in bed, losing 1% of his muscle bulk a day. You and I do; a person over 80 does. By the time you have been in bed for 10 days, you cannot walk. You cannot go back to your environment, and so you become a candidate for a nursing home. You become a bed blocker, because there are a lot of other people lining up.

The third reason is that our residential care system needs to be looked at. We are stuck in the model of the 1950s: four people in a room with four cupboards for the rest of their lives. It is great.

Mr. Karpoff (Surrey North): I find your remarks quite fascinating, but I am struck by the fact that you reflect an attitude within the medical profession and others in the field of geriatrics. Your knowledge is far ahead of where our practice is. I have been in the area of administering long-term care facilities. I have elderly parents. My father passed away in his mid-90s; my mother is very active in the mid-80s. All of my family lives at least into their mid-90s. So I am anticipating that we have to have resources. My father even went back to university full-time when he was 75.

There are a couple of points that I want to go back on. One is the case of single women who live alone. We seem to have a mental image that they want to live alone and in their own homes. I have just gone through this with my mother. She did not like living alone and enjoys the social company and activities. B.C. did away with personal care. There is no residence for seniors where you can go and participate. You have to wait until you are sick and getting the long-term care.

Well, mother is quite wily and very astute. She knew how sick she had to be to get into long-term care; which

[Traduction]

Mme Ley: Les hôpitaux de soins actifs se retrouvent avec des personnes âgées sur les bras pour deux raisons. La réponse simpliste consisterait à dire qu'il n'y a pas suffisamment de lits. Mais ce n'est pas vrai. Il y a aujourd'hui plus de lits pour soins de longue durée qu'il n'y en a jamais eu dans notre pays. Un des problèmes, c'est que l'on place les personnes âgées en établissements—alors que ce n'est pas nécessaire—parce qu'il n'y a pas suffisamment de services communautaires. L'autre problème, c'est que les personnes âgées souffrent souvent de pathologies multiples et que, si elles ont une simple maladie, tout le système s'effondre. Alors, elles se retrouvent dans un hôpital, et elles y restent longtemps.

La personne qui se fracture la hanche a droit à des services de réadaptation, de sorte qu'elle peut marcher lorsqu'elle sort de l'hôpital. Si elle attrape une pneumonie, elle ne peut compter sur des services de réactivation comme c'est le cas en Grande Bretagne et en Europe. La personne atteinte de pneumonie reste couchée, perdant 1 p. 100 de sa musculature par jour. C'est vrai pour tout le monde, pour vous comme pour moi, et c'est vrai pour une personne de plus de 80 ans. Une fois qu'elle a passé dix jours au lit, elle ne peut plus marcher. Elle ne peut retourner dans son milieu et elle devient candidate à une maison de santé. Elle se trouve ainsi à immobiliser un lit, et bien d'autres personnes doivent attendre leur tour.

Le troisième problème, c'est qu'on n'a pas suffisamment réfléchi au système de soins institution. Nous avons hérité d'un modèle des années 1950: quatre personnes dans une pièce avec quatre armoires, pour le reste de leurs vies. Merveilleux.

M. Karpoff (Surrey-Nord): Je trouve vos remarques fascinantes, et ce qui me frappe c'est l'attitude que vous représentez au sein de la profession médicale et du domaine de la gériatrie. Vos connaissances sont beaucoup plus avancées que nos pratiques. J'ai travaillé dans le domaine de l'administration des installations de soins de longue durée. J'ai eu des parents âgés. Mon père est décédé dans les 90 ans et ma mère est très active à 85 ans. Toute ma famille vit au moins jusqu'à 95 ans. C'est pourquoi je tiens énormément à ce que des services soient en place. Mon père est même retourné à l'université à plein temps à l'âge de 75 ans.

J'aimerais revenir à deux ou trois points qui ont été abordés. Prenons d'abord le cas de la femme célibataire qui vit seule. Nous avons souvent l'impression que cette femme veut vivre seule dans son propre logement. Je viens d'avoir une discussion avec ma mère à ce sujet. Elle n'aime pas vivre seule, elle apprécie la société et les activités. La Colombie-Britannique n'offre plus de soins personnels. Il n'y a pas de résidence où des personnes âgées peuvent vivre et participer. Elles doivent attendre d'être malades et de recevoir des soins de longue durée.

Il se trouve que ma mère est très maligne et rusée. Elle savait jusqu'à quel point elle se devait d'être malade pour

[Text]

she did. Then they were very surprised that the next day she could get on the bus and go across the city and continue all her activities.

When I was running a facility that had the multi-level of care one of the things I was struck with was that the people who were active provided a great deal of the care for the ones who were a little less active, and the mix in fact was good for both groups. I am wondering about this whole stance we have started to take of having only facilities for the frail elderly when a continuum of care in some provinces. . . Alberta, it seems to me, has better. . . where you have a number of people in a community that has a range of care within it and there is continuity of friendships and services and resources.

Dr. Ley: I agree with what you are saying. We ghettoize the elderly. We do it with the best intentions in the world, but we are still ghettoizing them. And they do not like it.

You are dead right, there are single women who do not want to go into an "institutional setting", whether it is a residence or a nursing home. There are single women and single men who are delighted to have the company, to have the structured situation, where they do not have to worry about shopping and cooking and meals and that kind of thing.

The private sector recognizes this, and gradually in this country we are developing multi-level private facilities that are excellent. But we as a society have failed to say to governments, look, stop building these 1950s institutions where you put a whole lot of sick old people and isolate them from the community, or where you put a whole lot of people you do not think are quite as sick and isolate them from the community. We have to start being innovative. We have to be imaginative. We have to look at the private sector in Europe, the United States, and here, and say multi-level care, the old people looking after the old people, is good. We do not live in isolation. We live in a society where there are some people who have to be helped across the street and some people who can run. Why should we be isolated in little segments and little boxes just because we are 80 years old?

Mr. Karpoff: I want to go back to one of the points you made right at the beginning on the ability of the elderly to continue to function in poverty. From what I have seen of people who are poor it has a whole series of other things—stimulation, lack of nutrition. Their functioning deteriorates very quickly simply because they are poor. The lack of good housing, all the supports. . . Somehow our society has not built in an ability to provide support for people who are poor. We have not solved the question

[Translation]

se faire admettre aux soins de longue durée. C'est ce qu'elle a fait. On n'a pas manqué d'être surpris le lendemain de la voir prendre l'autobus, traverser la ville et poursuivre toutes ses activités.

Lorsque je dirigeais un centre de soins multiples, j'ai été frappé de voir que les personnes actives prodiguaient beaucoup de soins à celles qui l'étaient moins, ce qui était bénéfique pour les deux groupes. C'est pourquoi je m'interroge sur le bien-fondé du point de vue voulant qu'il y ait des installations spécialisées à l'intention des vieilles gens fragiles. Il me semble préférable de pouvoir compter, comme dans certaines provinces-l'Alberta, par exemple sur toute une gamme de soins qui forment une continuité et qui favorisent les amitiés ainsi que le groupement des services et des ressources.

Mme Ley: Je suis d'accord avec ce que vous dites. Nous avons tendance à renfermer les vieilles personnes dans des ghettos. Nous le faisons avec les meilleures intentions du monde, mais c'est la vérité. Or, les personnes âgées ne l'apprécient pas.

Vous avez entièrement raison, il existe des femmes célibataires qui ne veulent pas demeurer en établissement, que ce soit une résidence ou une maison de santé. Il y a des hommes et des femmes célibataires qui sont très heureux d'avoir de la compagnie, qui aiment vivre dans un cadre structuré, où ils n'ont pas à s'inquiéter de faire des courses, de faire la cuisine et d'autres tâches du même genre.

Le secteur privé en a pris conscience et, petit à petit, nous voyons se multiplier les installations privées qui offrent d'excellents services multiples. Mais en tant que société, nous n'avons pas demandé au gouvernement de cesser de construire des établissements des années 1950 où sont parquées un grand nombre de personnes âgées malades, qui sont isolées de la collectivité et où sont parquées également un grand nombre de personnes qui ne sont pas vraiment malades mais qui demeurent isolées de la collectivité. Il nous faut commencer à faire preuve d'esprit innovateur. Nous devons avoir de l'imagination. Il nous faut nous tourner vers les secteurs privés en Europe, aux États-Unis et ici pour nous apercevoir enfin que les soins multiples sont une bonne chose, et qu'il est bon également que les vieilles personnes s'occupent d'autres vieilles personnes. Nous ne pouvons vivre isolés. Nous vivons dans une société où il y a des gens de l'autre côté de la rue qui ont besoin d'aide et où il y a des gens qui sont en pleine forme. Pourquoi devrions-nous être tenus à l'écart simplement parce que nous avons quatre-vingts ans?

M. Karpoff: Je reviens sur un des points que vous avez abordés au tout début concernant l'aptitude des personnes âgées à continuer à vivre dans la pauvreté. D'après mon expérience, la pauvreté s'accompagne de toute sorte d'autres fléaux: manque de stimulation, malnutrition, etc. Leurs fonctions vitales se détériorent rapidement à cause tout simplement de leur pauvreté, de conditions de logement malsaines, d'un manque de services de soutien. . . On dirait que notre société s'est révélée

[Texte]

of poverty. As you are saying, 50% of women are single and poor.

Dr. Ley: In an ideal world, I suppose, we would be our brother's keeper. But we do not live in an ideal world. We live in a world where in the city of Toronto you cannot find a roof to put over the head of a poor mother with four children, but a man from Hong Kong can come along and buy a whole city block in an afternoon. It is called greed; and you cannot legislate that kind of thing, I am afraid. At the risk of quoting the Bible, the poor are always with us.

It is partly social attitudes. It is partly health promotion. Some of the people who are poor could have better food than they eat. The social workers know they spend their money on junk food when they could be buying good food. That is true of all of us. They are not unique. They are only part of society.

I wish I had a magic formula that would solve those problems.

• 1000

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): Since the one thing you have addressed is the issue of teamwork among health care workers—and I am very much attuned to that, having given a paper on it in Brazil and in Australia—I can share your sentiments. How do you see the teamwork between the federal Minister of Health and the provincial Ministers of Health, and what specific suggestions would you have for the federal government in terms of earmarking funds for alternative health care institutions?

Secondly, could you give a a brief comment on the innovation of designing health care facilities on the outside, not the acute care, in relation to housing for seniors?

Thirdly there is the issue of special problems for the ethnic communities in the country.

Before you answer the three questions, I would just share a little thought about no resuscitation. I agree with you. I have faced the issue. I think the medical profession in particular has to work very closely with the nursing profession and to explain exactly what no resuscitation means. In other words, when we write an order for no resuscitation—and I have written a few—we have to make it clear to the nurses that when the problem is a sudden, acute obstruction—it could be a plug of food lodged in the throat—that is not within the purview of no resuscitation; they have to extract it. But if it is a natural process of the weakening heart and the weakening lungs, then, yes, we will allow the patients to die with dignity.

[Traduction]

incapable de pourvoir aux besoins de ces pauvres. Nous n'avons pas réglé le problème de la pauvreté. Comme vous l'avez dit, 50 p. 100 des femmes sont célibataires et pauvres.

Mme Ley: Dans un monde idéal, j'imagine, nous devrions tous être les gardiens de nos frères. Mais nous ne vivons pas dans un monde idéal. Nous vivons dans un monde où pullulent les villes comme Toronto dans laquelle une mère pauvre avec quatre enfants ne peut trouver à se loger mais où un homme venu de Hong-Kong peut acheter tout un pâté de maisons dans un après-midi. C'est ce qu'on appelle la cupidité et je crains fort qu'on ne puisse adopter des lois pour lutter contre ce genre de choses. Au risque de plagier la Bible, je dirais que les pauvres vivent toujours au milieu de nous.

Il importe à la fois de faire évoluer les attitudes sociales et de promouvoir la santé. Certains pauvres pourraient certainement mieux s'alimenter. Les travailleurs sociaux savent qu'ils dépensent leur argent à manger n'importe quoi plutôt que de surveiller leur alimentation. Mais nous sommes tous dans le même bateau. Ils ne sont pas les seuls dans leur genre. Nous vivons tous dans la même société.

J'aimerais connaître la formule magique pour régler tous ces problèmes.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Vous avez abordé la question du travail en équipe chez les travailleurs de la santé—et je suis d'autant plus sensible à cette question que j'ai fait un exposé la-dessus au Brésil et en Australie—et je partage vos sentiments. Quel genre de collaboration envisagez-vous entre le ministre fédéral de la Santé et les ministres provinciaux de la Santé, et quelles suggestions bien précises pourriez-vous faire pour que le gouvernement fédéral affecte des fonds aux services de santé parallèles?

En deuxième lieu, pourriez-vous commenter brièvement l'idée de construire des installations de soins de santé externes, qui ne soient pas des soins actifs, en rapport avec le logement des personnes âgées?

En troisième lieu, il y a la question des problèmes particuliers aux communautés ethniques du Canada.

Avant que vous répondiez à ces trois questions, je voudrais vous faire part d'une petite réflexion au sujet de la non ressuscitation. Je suis d'accord avec vous. J'ai été aux prises avec le problème. Je pense que les médecins, en particulier, doivent travailler en étroite collaboration avec les infirmières afin d'expliquer ce que veut dire exactement la non ressuscitation. Autrement dit, lorsque nous donnons un ordre de non ressuscitation—et je l'ai fait à quelques reprises—nous devons expliquer clairement aux infirmières que l'ordre ne peut s'appliquer à un problème soudain et aigu d'obstruction—des aliments coincés dans la gorge, par exemple—et qu'ils doivent alors intervenir. Mais s'il s'agit d'un processus

[Text]

Dr. Ley: Doctor, I am a physician; I do not walk on water. I do not know how you solve the problems between the federal government and the provincial ministries of health. If I did, I doubt very much I would be Prime Minister of this country, but I might be something other than a retired physician who lives in a small town in Ontario. Our whole health care system is structured so that they cannot agree. The answer to your first question is: change the way it is funded. And good luck.

On ear-marking funds, again that is the way we fund our system. I would think that any federal government that attempted to ear-mark funds that were going to the provinces for specific purposes would be in great difficulty, and that is being very polite.

Thirdly, the multicultural aspect of care is being addressed in many of the large urban centres, but we have a long way to go. We have a long way to go to recognize the specific needs and the distinct needs of different ethnic and cultural groups, including our own native Indians. That has to be done at the grassroots, at the local level; and that means education.

Mr. Halliday (Oxford): Dr. Ley, you always have some challenging comments to make to us. You referred to the issue of reallocation of resources. If my memory serves me correctly, in one of your previous incarnations you were very much involved in laboratory medicine which has had its heyday off and on in high technology. I have some concerns about the tendency now to put less emphasis on high technology and more on areas that are also very important.

I have concerns regarding the continuing level of high-quality medicine in this country, particularly if we cut back. Even now we have trouble looking after our infants, our premature kids in Toronto; we have to send them to some other place. We cannot do cardiac surgery now in southwestern Ontario; it has to be sent over to Detroit. We have not been able to satisfy the needs of the people as they see it.

If we reallocate funds from those areas to community services, which are very important, are we not going to have a general, overall lowering of our quality of care? Certain physicians thrive on being able to be challenged by something new and different. You must be aware of that in laboratory medicine. I am worried about the future of health care in general. Should we be instituting some form of deductible, the way most other countries

[Translation]

naturel d'affaiblissement du coeur et des poumons, alors, oui, nous permettrons au patient de mourir avec dignité.

Mme Ley: Docteur, je ne suis qu'un médecin, je ne marche pas sur l'eau. Je ne sais pas comment régler les problèmes entre le gouvernement fédéral et les ministères provinciaux de la Santé. Si je le savais, je ne serais sans doute pas pour autant premier ministre du Canada, mais je serais peut-être autre chose qu'un médecin à la retraite vivant dans une petite ville de l'Ontario. Notre système de soins de santé est ainsi structuré que les gouvernements ne peuvent tout simplement être d'accord. Ma réponse à votre première question, donc, c'est que vous devez changer son mode de financement. Et bonne chance.

Pour ce qui est de l'affectation des fonds, nous en revenons encore au problème du financement. Je pense que si le gouvernement fédéral essayait de réserver des fonds à des fins précises, si ces fonds sont destinés aux provinces, il se retrouverait en sérieuse difficulté, pour ne pas dire davantage.

Enfin, on commence à s'intéresser à l'aspect multiculturel des soins de santé dans les grands centres urbains, mais il reste un long chemin à parcourir. Nous avons encore beaucoup à faire pour reconnaître les besoins particuliers et distincts des divers groupes ethniques et culturels, y compris ceux de nos propres autochtones. Ce travail doit se faire à la base, au niveau local, notamment par l'éducation.

M. Halliday (Oxford): Docteur Ley, vous avez toujours des observations stimulantes à nous présenter. Vous avez parlé de la réaffectation des ressources. Si je ne m'abuse, vous vous êtes, à un moment donné dans votre vie, engagée à fond dans la médecine de laboratoire, qui a connu à l'occasion ses jours de gloire en matière de haute technologie. Je m'inquiète quelque peu de la tendance actuelle de délaisser la haute technologie en faveur d'autres orientations qui sont également très importantes.

Pour moi, il est important de continuer à assurer des soins médicaux de grande qualité au Canada, en dépit des compressions budgétaires. Nous avons même maintenant des difficultés à nous occuper convenablement de nos nouveaux-nés, de nos bébés prématurés à Toronto. Il nous faut les envoyer ailleurs. À l'heure actuelle, nous ne pouvons pas faire de chirurgie cardiaque dans le sud-ouest de l'Ontario. Il faut envoyer nos patients à Détroit. Nous n'avons pas été en mesure de répondre aux besoins des gens, tels qu'ils les perçoivent.

Si nous réaffectons aux services communautaires, les fonds consacrés à ces domaines dont je ne nie pas l'importance, n'allons-nous pas provoquer une baisse généralisée de la qualité des soins dispensés? Certains médecins sont extrêmement stimulés par les défis que présentent les nouvelles technologies dans le domaine de la médecine de laboratoire, c'est un fait dont il faut tenir compte. Je me préoccupe de l'avenir du régime de santé

[Texte]

have in their health care systems, as in Sweden, for example?

Dr. Ley: My answer to your question is to ask you a question: must we use all the high-tech we can on everybody?

Mr. Halliday: My answer is no. The problem is that there are physicians who maintain at the cutting edge and who keep our total level of health care that much higher. If we lose those people at the cutting edge to the Americans or somewhere else, then our total level of care tends to go down. This is why I worry.

Dr. Ley: I agree; this is a problem. On the other hand, I think there is a feeling or attitude, particularly in western society, that one must use all the high-tech available on everybody, including neonates who should be allowed to die and some of the elderly who should be allowed to die.

Perhaps the answer to your question is to be more intelligent in our use of high technology and development of high technology. Let us not just assume because we can do it, we should. It is rather like the mountain: you climb it because it is there. With high-tech you use it because it is there, although it might not be appropriate.

I think it is a question of education; it is a question of philosophy, and it is a question of ethics. Is it ethical for me, as a physician, to use expensive high technology on a 90-year-old person who may or may not benefit from that high technology?

I will give you a very simple example. There is no CAT Scanner in Orillia. Two weeks ago my cousin was taken by ambulance 26 miles to Barrie for a CAT Scan, and 26 miles back. It was a useless CAT Scan because we all knew that nobody would touch her with anything if they found something remedial, and the results we got were exactly what everybody thought they would be. This is bad use of high technology.

I think that kind of use of high technology or abuse of high technology is what is deviating funds from the rest of the system. This happens over and over and over again. It is not the development of new techniques. It is not intelligent use of high technology; it is abuse of high technology, just because it is there.

Mme Gabrielle Bertrand (députée de Brome—Missisquoi): Monsieur le président, madame a répondu à ma question. C'était la même que celle du Dr Pagtakhan

regarding provincial jurisdiction and federal jurisdiction in health services. You answered not at length, to my taste, but maybe next time.

[Traduction]

en général. Devrions-nous instituer une certaine forme de ticket modérateur, comme c'est prévu dans la plupart des pays qui ont un régime d'assurance-maladie, la Suède, par exemple?

Mme Ley: Je vais répondre à votre question par une question: Devrions-nous utiliser tout l'arsenal de la haute technologie pour tout le monde?

M. Halliday: Non. Le problème, c'est qu'il y a des médecins qui emploient des techniques de pointe et qui, ce faisant, maintiennent à un niveau plus élevé la qualité de notre régime de soins de santé. Si nous perdons ces médecins, s'ils déménagent aux États-Unis ou ailleurs, c'est la qualité de nos soins en général qui en souffrira. Voilà pourquoi je m'inquiète.

Mme Ley: Je suis d'accord. C'est un problème. Par contre, je pense que dans les pays occidentaux en particulier, on estime qu'il faut rendre la haute technologie accessible à tous, y compris à des nouveaux-nés et à certaines personnes âgées que l'on devrait laisser mourir décemment.

La solution réside peut-être dans une utilisation plus intelligente de la haute technologie. Il ne faut pas s'en servir simplement parce qu'elle est là. C'est un peu comme la montagne que l'on escalade parce qu'elle est là. C'est ce qui arrive avec la haute technologie, on s'en sert parce qu'elle existe, même si ce n'est pas nécessairement la chose à faire.

Je pense que c'est une question d'éducation, une question de principe et une question d'éthique. Sur le plan de l'éthique, est-ce justifié qu'en tant que médecin j'aie recours à une technique de pointe coûteuse pour une personne de 90 ans dont on n'est même pas sûr qu'elle en profitera?

Je vais vous donner un exemple fort simple. Il n'y a pas de tomodynamomètre à Orillia. Il y a deux semaines, ma cousine a été transportée par ambulance à Barrie pour y subir un examen au tomodynamomètre, ce qui fait 26 milles aller-retour. C'était un exercice futile parce que nous savions tous qu'aucun médecin ne voudrait intervenir si jamais on découvrait quelque chose de correctif. Les résultats ont été tout à fait ceux auxquels tout le monde s'attendait. À mon avis, c'est une utilisation abusive de la haute technologie.

Je pense que ce sont les abus de ce genre qui détournent des fonds du reste du système. Et cela se produit constamment. Je n'ai rien contre la mise au point de nouvelles techniques. Je m'en prends à une utilisation stupide de la haute technologie, aux abus que l'on fait de la haute technologie, simplement parce qu'elle existe.

Mrs. Gabrielle Bertrand (Brome—Missisquoi): Mr. Chairman, the witness has answered my question. It was the same as Dr. Pagtakhan's

sur les compétences fédérales et provinciales en matière de service de santé. Votre réponse était un peu brève à mon goût mais nous pourrions revenir là-dessus la prochaine fois.

[Text]

Dr. Ley: Next time.

The Chairman: If I may, Dr. Ley, on behalf of the committee we sincerely thank you for appearing before us today as well as for providing us with the brief. The comments you have made will be taken into consideration as this committee prepares its brief. On behalf of all of us on the staff, I thank you again for appearing before us. If you wish to remain, we are going to move on immediately to our next witness. I would hope that as many members as can will stay.

We now welcome to the table Madam Marielle Delaney, Vice-President of the Quebec Association of Day Care Hospital Co-ordinators.

• 1010

Mme Marielle Delaney (vice-présidente de l'Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec): Merci.

Le milieu de travail des hôpitaux de jour, au Québec, est une ressource alternative, bien que liée à un établissement de santé, ayant pour mandat d'éviter l'hospitalisation d'une personne âgée ou, à défaut, de raccourcir le séjour. Le mandat vise aussi à éviter l'hébergement en centre d'accueil.

L'hôpital de jour offre des services d'évaluation, de traitement et de réadaptation multidisciplinaires dans le but de maintenir à domicile des personnes âgées, souvent en très grande perte d'autonomie, dont l'origine est variée. Cette diversité de problèmes simultanés observée chez notre clientèle âgée oblige les hôpitaux de jour à travailler étroitement avec les organismes offrant des services de soutien à domicile et les établissements hospitaliers et d'hébergement.

• 1015

Déjà, à l'heure actuelle, l'expérience de tous les jours nous amène à nous interroger régulièrement sur des anomalies observées et à nous inquiéter pour l'avenir si une révision des structures et des philosophies des services de santé et des services sociaux n'est pas effectuée.

Quelques-unes de nos plus grandes interrogations portent entre autres sur les prévisions d'organisation des services de santé et des services sociaux qui s'appuient actuellement énormément sur des données de nature démographique où l'on fait ressortir l'inversion de la pyramide des âges. Déjà on oriente l'organisation des services de santé et des services sociaux vers une population dite du quatrième âge, mais l'expérience de tous les jours nous démontre une croissance importante des jeunes aînés qui ont des problèmes d'incapacité fonctionnelle permanente attribuables à des maladies dégénératives survenant dans la quarantaine ou la cinquantaine et qui exigeront des mesures de soutien intensives pendant une très longue période. Donc, pour nous, l'inquiétude porte sur l'accent que nous devons mettre sur les différentes classes d'âge, soit les plus âgés et les plus jeunes atteints d'incapacités très lourdes.

[Translation]

Mme Ley: La prochaine fois.

Le président: Au nom du Comité, docteur Ley, je vous remercie sincèrement d'avoir comparu devant nous aujourd'hui et de nous avoir remis un mémoire. Nous allons tenir compte de vos observations dans la rédaction de notre rapport. Au nom de tous les membres de notre équipe, encore une fois merci d'être venu. Si vous voulez rester, vous êtes la bienvenue. Nous allons maintenant accueillir immédiatement notre prochain témoin. J'espère que tous les députés qui le peuvent resteront.

Nous accueillons maintenant madame Marielle Delaney, vice-présidente de l'Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec.

Ms Marielle Delaney (Vice-President, Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec): Thank you.

In Quebec, day care is an alternative resource even though it is linked to a health institution. Its mandate is to avoid hospitalizing an elderly person or, if that is not possible, to shorten his or her stay. Its mandate is also to eliminate the need to put up the elderly in temporary homes.

The day care hospital offers multidisciplinary assessment, treatment and rehabilitation services with a view to keeping the elderly at home. Often, these persons have suffered a very severe loss of independence, for a number of reasons. Because of the variety of problems experienced at the same time by older people, day hospitals have to work closely with home support services, hospitals and housing authorities.

Our day-to-day experience is already causing us to wonder about the problems we have found and to worry about the future, if there is not a review of the structures and philosophies of health and social services.

Some of our greatest concerns relate to the organizational forecast of our health and social services, which are largely based at the moment on demographic statistics showing the inversion of the age pyramid. Health and social services are already being geared to a so-called elderly population, but our everyday experience shows there is an increasing number of young elderly, who have permanent functional disabilities caused by degenerative diseases suffered when people are in their 40's or 50's, which require long-term intensive support measures. Our concern, therefore, is with the emphasis that should be placed on the various age groups, namely the elderly and the younger elderly with very serious health problems.

[Texte]

L'autre interrogation se situe au niveau de la responsabilité. Qui doit être responsable du soutien des aînés? L'organisation des services de santé et des services sociaux au Canada et au Québec pourrait se comparer à un grand entonnoir. Nous avons deux paliers gouvernementaux qui alimentent cet entonnoir, qui essaient de créer une gamme étendue de programmes, mais on trouve des problèmes de complémentarité et de continuité.

C'est une structure qui est lourde et qui enlève la responsabilité aux individus et à la communauté. Ce que l'on retrouve chez nos bénéficiaires, chez les familles et dans les municipalités, c'est une attitude passive, une attitude d'attente. L'on déplace facilement la solution vers les différents paliers gouvernementaux. C'est une structure qui est nécessairement très coûteuse, étant diffuse sur l'ensemble du territoire. On multiplie les paliers d'accès, autre chose assez onéreuse pour les populations.

Regardons un peu l'intervention auprès de chaque individu. Est-ce que la responsabilité de la prise en charge ne devrait pas, au départ, appartenir à l'individu lui-même, ce qui serait appuyé par une infrastructure de soutien aux aînés assumée par la communauté? Les divers établissements et organismes officiels de santé et de services sociaux interviendraient pour des besoins spécifiques, comme ressources complémentaires. Donc, ce serait inverser la structure d'organisation des services de santé et des services sociaux, la responsabilité de départ devenant celle de l'individu.

Pendant combien de temps encore serons-nous en mesure d'assumer les coûts de plus en plus élevés dans le domaine de la santé et du soutien social? Comment pourrait-on en venir à utiliser ces mêmes sommes pour prévenir des situations de crise plutôt que pour appliquer des palliatifs, des mesures temporaires qui ne font que retarder la crise? Y a-t-il lieu de repenser l'organisation des services de santé et des services sociaux dans une optique de partenariat avec la communauté sur un territoire donné, ainsi qu'avec la participation du secteur privé dans certains domaines?

• 1020

Un tel modèle pourrait forcer la cohésion des partenaires en vue de maintenir et de développer des services en fonction des besoins spécifiques des personnes âgées d'un territoire particulier, tout en répondant à un objectif de rationalisation et de complémentarité de services. Cette notion de territoire aurait l'avantage de répondre aux besoins spécifiques de la population en place, que ce soit au point de vue économique, social ou culturel.

Enfin, et c'est peut-être le point principal de notre réflexion, est-ce pensable d'orienter notre approche en distinguant les besoins gériatologiques de ceux d'ordre gériatrique, ces deux niveaux de besoins nécessitant des modes de soutien et d'intervention différents, le premier

[Traduction]

We also wonder who should be responsible for providing support services to the elderly? The organization of health and social services in Canada and Quebec could be compared to a large funnel. We have two levels of government feeding into this funnel that are trying to create a broad range of programs, but there are problems involving the complementarity and continuity of these programs.

This is a very unwieldy structure, which takes responsibility away from individuals and from the community. We have found a passive attitude among the families and other people we help in various municipalities. They seem to simply be waiting. It is quite easy to say it is up to the federal or provincial government to solve these problems. The structures involved are necessarily very expensive, since they cover the whole of our geographic area. We simply complicate things further for the elderly when we add more ways of gaining access to the services.

Let us look a little at the services provided to each individual. Shouldn't the individual assume initial responsibility for dealing with his or her problems, backed up by a support structure for the elderly provided by the community? The various official health and social services organizations would get involved as complimentary resources to respond to specific needs. We would therefore be inverting the organizational structure of the health and social services network by assigning initial responsibility to the individual.

How much longer will we be able to pay the ever-increasing costs of health and social services? How could we use these sums to prevent crisis rather than to take temporary measures to alleviate the situation, which merely delay the crisis? Should we perhaps rethink the organization of health and social services with a view to working with the local community and with the private sector in certain areas?

An approach of this type could force the various partners involved to work together to develop services appropriate to the specific needs of the elderly in a particular region, while at the same time meeting the objective of rationalizing and avoiding duplication in services. The advantage of a regional approach is that we would be better able to deal with the specific economic, social and cultural needs of the local people.

Finally, and this is perhaps the main point I would like to make in my presentation, we need to ask whether we can devise an approach that distinguishes between gerontological and geriatric needs, since the two require different types of support and care. Gerontological needs

[Text]

niveau faisant appel davantage à l'individu, à la communauté et à des services de première ligne, et le second niveau à des services de santé plus lourds et à des services sociaux?

L'expérience de tous les jours nous démontre qu'on investit beaucoup dans des programmes de santé et des programmes sociaux pour des problèmes qui pourraient être réglés à la base par de l'information et du soutien, ce qui éviterait par la suite une détérioration.

Il existe beaucoup de programmes de formation en gérontologie. Beaucoup d'intervenants multidisciplinaires les suivent. Mais lorsque vient le moment de la pratique, très souvent la distinction n'est pas faite. De la vieillesse, on a fait une maladie. On rencontre souvent des personnes qui, au coucher ont 64 ans; le lendemain, en se levant, elles ont 65 ans. Pour les intervenants, déjà ces personnes sont malades et vieilles. Il est important de modifier cette attitude, parce qu'elle entraîne une situation d'attente étant donné l'organisation de nos services de santé. Parce qu'on a 65 ans, on s'attend à recevoir des services de santé et on ne se sent plus compétent pour prendre des décisions. Les problèmes de vieillissement normal nous semblent des motifs de se présenter à l'urgence, d'aller rechercher un traitement médical pour régler un ensemble de petits problèmes auxquels on pouvait faire face quelques heures auparavant.

En gros, ce sont nos pistes de réflexion concernant les clientèles que nous aurons dans les années à venir.

Mme Bertrand: Madame Delaney, étant du Québec, je connais un peu l'organisation structurelle des soins de santé. Voulez-vous m'expliquer la distinction que vous faites entre les hôpitaux de jour et les centres de jour? Je connais les centres de jour qui sont à l'intérieur des foyers d'accueil. Les personnes âgées qui sont à domicile y sont amenées par un petit autobus public. Elles viennent au centre de jour pour faire de la physiothérapie ou rencontrer un médecin. On le voit à leur coiffure. Il y a certaines activités sociales. Après quelques heures, on les renvoie à leur foyer. Elles ont passé une journée agréable.

Vous nous parlez des hôpitaux de jour. Qu'est-ce que c'est qu'un hôpital de jour? Est-ce que ses buts sont les mêmes que ceux d'un centre de jour?

Mme Delaney: L'hôpital de jour est la dernière ressource créée au niveau du Québec, mais c'est un type de ressource qu'on expérimente depuis de nombreuses années en Angleterre. C'est un organisme qui a été créé pour faire de la réadaptation au niveau préventif, pour maintenir des habiletés et retarder une détérioration. C'est une réadaptation multidisciplinaire qui est complémentaire aux organismes qui font du maintien à domicile. Cela peut être le centre de jour, le CLSC ou une unité de gériatrie qui intervient chez une personne âgée dont le retour à domicile est prévu. C'est une ressource intermédiaire entre l'établissement de santé et le maintien à domicile.

[Translation]

involve the individual, the community and front-line services, while geriatric needs involve more extensive health and social services.

Our experience shows that we are investing a great deal in health and social services programs to deal with problems that could be solved at the outset if the proper information and support services were available. This would keep the problem from becoming more serious.

There are many programs for training in gerontological care taken by people in many different disciplines. In practice, however, very often the distinction is not made between gerontological and geriatric care. We have made old age into a disease. We often find people who are all of a sudden considered old and sick the moment they turn 65. This attitude must be changed, because it leads to certain expectations given the organization of our health services. Once a person is 65, he or she expects to receive health services, and no longer feels able to make decisions. The problems that are part of the normal aging process are not, in our view, reasons for a person to go to emergency, to try to obtain medical treatment to solve a number of minor problems they could have dealt with a few hours earlier.

These are our general thoughts on the people we will be serving in the years ahead.

Mrs. Bertrand: Since I am from Quebec, Ms Delaney, I am somewhat familiar with the structure of health care in that province. Could you please explain the difference between day hospitals and day centres? I am familiar with day centres located within community centres. Older people living at home are taken there on a small public bus. They come to the day centre to do physiotherapy or to see a doctor. There are also hairdressers, and some social activities. After a few hours, the people are taken back home, after spending a pleasant day at the day centre.

You're talking about day hospitals. What exactly are they? Do they serve the same purpose as day centres?

Ms Delaney: Day hospitals are the most recent facility created in Quebec, but England has been experimenting with them for a number of years. The purpose of day hospitals is to do preventive rehabilitation, to maintain people's abilities and thus slow down a worsening of their condition. The day hospitals use a multi-disciplinary approach to rehabilitation, which is similar to the work done by homecare services such as a day centre, a CLSC or a geriatric unit. These organizations help out older people who are expected to return home. They are an intermediate resource between the healthcare institution and independent living at home.

[Texte]

On s'est rendu compte que, chez les personnes âgées, il y a beaucoup de pertes d'origine fonctionnelle. On s'est rendu compte que les personnes âgées sont portées à rechercher une réponse médicale à tout problème qui survient. On s'est aussi rendu compte que la personne âgée a des problèmes multiples dont l'origine varie. Elle peut avoir des problèmes de santé, des problèmes sociaux, des problèmes psychologiques, des problèmes financiers, des problèmes de logement. Cette personne âgée est souvent dépourvue. Souvent elle n'est pas en mesure de se déplacer physiquement pour avoir accès aux services, et on sait que les services vont très rarement jusqu'au domicile.

• 1025

Mme Bertrand: Madame Delaney, je vois quels services vous offrez, mais comment est-ce organisé physiquement? Est-ce que vous êtes dans un hôpital régulier?

Mme Delaney: C'est une unité qui, normalement, relève d'un centre hospitalier de soins de longue durée. L'orientation du ministère québécois consiste à «démédicaliser» l'approche aux soins des personnes âgées. Quand on intervient auprès d'une personne âgée, nécessairement, les objectifs ne sont pas les mêmes qu'en soins de courte durée. L'objectif n'est pas de rétablir le plus vite possible un individu, mais d'essayer de l'amener à un état d'équilibre à long terme.

Mme Bertrand: Comment se fait le financement?

Mme Delaney: Le ministère aimerait avoir un budget protégé comme dans les centres locaux de services communautaires. Ce n'est pas possible, mais on donne à l'établissement de soins prolongés un budget pour administrer ces services-là au niveau de la population. Il n'y en a pas beaucoup. Il y en a 22 au Québec. C'est en développement. L'expérience date d'une quinzaine d'années. On se rend compte que l'hôpital de jour est une ressource qu'utilisent beaucoup les partenaires du réseau qui donnent des soins à la maison, parce que c'est un plateau technique d'évaluation qui permet de faire, pour une fois, le portrait d'une personne âgée avec l'ensemble des problèmes qu'elle présente.

Encore là, on arrive à une intervention d'équipe multidisciplinaire. Il y a la partie médicale, la partie physiothérapie, la partie ergothérapie, la diététique qui est très importante, le soutien social et le soutien infirmier. La durée moyenne du séjour d'une personne âgée est d'environ trois mois. C'est une personne qu'on déplace avec un transport adapté, parce que, normalement, elle ne peut pas aller vers les établissements. C'est une personne dont l'endurance lui permet de venir deux fois par semaine. Comme je le disais, c'est une intervention d'équipe.

Il faut dire que la personne, à ce moment-là, est dans un état déstabilisé. Elle a beaucoup de problèmes et elle souffre souvent d'angoisse. Tous les problèmes doivent être abordés simultanément, y compris au point de vue social et au point de vue du logement. Une fois qu'elle est

[Traduction]

We realized that there is a great deal of functional deterioration in the elderly. We also realized that the elderly are inclined to look for a medical solution to all their problems. In addition, we have found that the elderly experience many problems of different origin. The person may have a health, social, psychological, financial or housing problem. Senior citizens are often poor and physically unable to travel to receive services, and we all know how rare home services are.

Mrs. Bertrand: Ms Delaney, I know now what services you provide, but not how you provide them. Are you located in a regular hospital?

Ms Delaney: Normally, a unit such as ours is located in an extended care hospital. One of the objectives of the Quebec Department of Health is to "demedicalize" health care services for senior citizens, and the goals are not the same as for acute care patients, namely to help them recover as quickly as possible; for seniors, the goal is to stabilize their condition on a long-term basis.

Mrs. Bertrand: Where does the funding come from?

Ms Delaney: The Department would like to have a specific budget, as the Community Health Services centres have. As this is not possible, the extended care facility receives funding to provide those services to the people. There are few extended care facilities in Quebec, only 22. But things are changing. The concept was developed only 15 years ago. People are realizing that day hospitals are being used extensively by providers of home care services because they have the technical facilities to draw a total picture of the problems facing the senior citizen.

Services are provided by a multidisciplinary team made up of doctors, physiotherapists, occupational therapists, dieticians, social workers and nurses. For seniors, the average treatment period is about 3 months. Specially adapted vehicles are used to transport patients because they are usually unable to make their own way to the facility. Patients must be strong enough to come in twice a week. As I indicated, it is a team effort.

When these patients come in, their condition is poor. They have many problems and are feeling anxious. All of their problems must be dealt with simultaneously, including their social and housing problems. Once their condition has been stabilized, they can be referred to a

[Text]

stabilisée, il est possible de la référer à un centre de jour, le centre de jour ayant le mandat d'éviter aux personnes âgées l'isolement social et d'offrir des activités à caractère thérapeutique pour éviter la perte d'autonomie à long terme.

Mr. Karpoff: I am not sure whether you are familiar with British Columbia's adult day care centres. Is what you are talking about more a medical-modelled adult day care?

I would like you to expand on the point you mentioned at the end. If I was understanding correctly, you are saying that you felt there had to be some way in which, on a geographical basis, an organization took responsibility for developing all of the services—medical, social, and home support programs—for the elderly on a system-wide basis because the problem seemed to be too fragmented. Can you see how this would be done, particularly involving what is now hospital services? How do you get a community that has a funding mechanism, a structure—through a community board or decentralized organizational structure—that would have the responsibility and mechanism to actually develop a network?

• 1030

Mme Delaney: C'est un travail de plusieurs années. Je suis moins familière avec le modèle de la Colombie-Britannique, et un peu plus familière avec le modèle britannique.

Après plusieurs années d'injections monétaires gouvernementales au niveau des programmes de santé, particulièrement pour les personnes âgées, on s'est quand même rendu compte que l'état de santé des gens ne s'était pas nécessairement amélioré. On faisait des interventions qui étaient orientées davantage vers le suivi médical de la personne âgée, mais avec toutes les approches qui se sont développées ces dernières années, on s'est rendu compte qu'en investissant beaucoup dans des programmes de recherche, dans de la technologie, dans des cliniques médicales, on avait fait de la vieillesse une maladie.

C'est un peu ce qui a amené la réorientation de l'organisation des programmes au niveau du Québec, de même qu'au niveau britannique. Deux ordres de besoins apparaissaient clairement: les besoins liés au vieillissement lorsque des problèmes particuliers surviennent et exigent une intervention médicale ou de la réadaptation intensive; et tous les besoins liés à un vieillissement normal: la condition économique qui se modifie, le rôle social qui est souvent diminué, les notions d'isolement, les notions de logement, les notions de pertes réelles vécues lors du vieillissement, qui exigent des interventions quand même limitées.

Étant donné que le modèle d'organisation de services de santé était orienté principalement sur une réponse thérapeutique à un problème, on a amené la personne âgée à ne plus accepter certaines contraintes normales

[Translation]

day centre, whose role is to prevent the social isolation of seniors and to provide activities therapeutically designed to help them remain autonomous as long as possible.

M. Karpoff: Je ne sais pas si vous connaissez les centres de jour pour adultes qui existent en Colombie Britannique. Les centres de jour dont vous parlez sont-ils des centres de jour qui offrent des soins médicaux aux adultes?

J'aimerais également plus de détails sur le dernier point dont vous avez parlé. Si je vous ai bien compris, vous avez dit que selon vous, il fallait un réseau d'organismes locaux pour fournir de façon globale tous les services aux personnes âgées—soins médicaux, services sociaux et services à domicile. Comment pouvons-nous le faire, surtout pour ce qui est des services hospitaliers? Qu'est-ce qu'il faut faire pour donner à une collectivité qui a son propre mécanisme, sa propre structure de financement, soit par l'entremise d'un conseil ou d'un organisme décentralisé, la responsabilité et les outils pour mettre un tel réseau sur pied?

Ms Delaney: It is a process that takes several years. I am not too familiar with the British Columbia model, but more so with the British one.

After injecting public money into health programs for several years, and especially into health programs for seniors, we realized that the health of the population had not necessarily improved. Care provided to seniors involved mainly health care. With all of the new developments that had occurred in recent years, however, we realized that by investing in research programs, new technology and medical clinics, we had turned old age into a disease.

This realization led to a reorganization of Quebec programs, as it had in Britain. Two types of needs clearly emerged; physical needs due to the aging process itself, involving particular problems which require medical treatment or intensive therapy, and social needs normally associated with aging—changes in the person's financial situation, lessened role in society, isolation, housing, feelings of loss—all of which must be dealt with to some extent.

The organization of health services, with its mainly therapeutic approach, brought seniors to refuse to accept certain limitations that normally come with aging; reduced vision, stability and social role. They were taught

[Texte]

liées au vieillissement, notamment au niveau de la vue, au niveau de l'équilibre et au niveau du rôle social qui est modifié. Le problème était pris en charge par quelqu'un qui, croyait-on, pouvait apporter une solution rapide à ces problèmes-là, alors que la solution est tout simplement d'essayer de maintenir ou de rétablir un équilibre par rapport à un état qui se modifie.

C'est ce qui a amené les approches multidisciplinaires. On voulait amener les personnes à voir qu'il y a un ensemble de problèmes. Dans certains cas, la personne peut agir elle-même, dans d'autres cas, la communauté peut apporter un soutien et, finalement, le réseau médical peut régler certains types de problèmes ou, tout au moins, améliorer un état.

Organiser un système concerté, c'est un travail de plusieurs années. C'est un travail qui se fait normalement à partir des équipes sur le terrain, donc par les personnes qui ont des problèmes de vie quotidienne, qui doivent, avec des budgets restreints, réussir à adapter des services. On peut avoir des orientations plus élargies venant de paliers gouvernementaux, mais normalement, les solutions se trouvent sur les territoires où les problèmes existent, où il faut trouver une réponse dans des délais assez courts.

Vous dites que des intervenants de plusieurs disciplines se concertent, tant au niveau social qu'au niveau de la santé, pour intervenir auprès des personnes âgées. En fait, ce n'est pas l'organisation d'un établissement en particulier. C'est une nécessité qui s'est imposée dans le réseau, où les programmes se sont multipliés depuis plusieurs années. Souvent les budgets étaient plus ou moins consolidés, ce qui nécessitait toujours une rationalisation des ressources en place.

Le mandat des hôpitaux de courte durée est un mandat curatif. Ils interviennent lorsqu'un individu présente une pathologie et le renvoient dans son milieu, sinon dans un secteur de soins prolongés. Mais les secteurs de soins prolongés ont aussi une nouvelle orientation, qui est d'essayer de renvoyer les personnes dans leur milieu, même sur une base temporaire. Cette orientation-là oblige à créer des structures pouvant faire de l'intervention sociale et apporter un soutien aux familles.

• 1035

Au point de vue de la rationalisation des ressources, on ne peut pas régler tous les problèmes par une solution médicale. Il faut aussi utiliser la famille de la communauté. Cela exige sur le terrain des travailleurs de disciplines différentes qui ont chacun leur façon de voir les problèmes environnants.

La cohésion se fait par des tables de concertation. Ce n'est pas la responsabilité d'un organisme en particulier. Ce sont des tables régionales qui, normalement, se rencontrent tous les mois. La diminution des ressources financières a favorisé la concertation. Comme il y a moins d'argent, il faut se concerter davantage. Au lieu de réclamer de l'équipement surspécialisé dans son secteur,

[Traduction]

to rely on a system that was said to be able to provide a quick solution to those problems, whereas the real solution is simply to try to maintain or re-establish a proper balance despite changes in their condition.

A multidisciplinary approach was developed to bring people to see the overall picture. In some cases, the patient can deal with his or her problem alone, whereas in others, the community provides the necessary support. Finally, there are those cases where medical treatment is required to solve or at least alleviate certain specific problems.

It takes several years to set up a concerted system. The work usually starts with teams in the field, that is, with people who are faced with day-to-day problems, who must try to adapt services with very limited budgets. A wider perspective may be taken by various levels of government, but usually solutions are found in the field, where problems are very real and often pressing.

When you talk about people from various social and health disciplines working together to help seniors, you are not talking about what is going on in one particular facility. This approach must be applied system-wide. Over the years, we have seen the number of programs grow. Often, budgets were more or less consolidated, which meant that resources had to be rationalized.

It is the role of acute care hospitals to provide curative treatment. They treat patients with health problems, then send them home or to an extended care facility. However, it is now the role of extended care facilities to try to return patients to their home environment, even if only temporarily. This role has forced these facilities to develop social and family support services.

As regards the rationalization of resources, there is no medical solution for every problem. You also have to use the family and community. Workers in various disciplines are needed, and each will have his own approach to the problems involved.

Cohesion is achieved through consultation. This is not the responsibility of one particular agency, but rather of regional groups which meet every month. Greater consultation has come about as a result of fewer financial resources. As there is less money, more consultation is needed. Instead of demanding very specialized equipment in their particular sector, people have to consider what

[Text]

on doit se dire: Qu'est-ce que je peux faire avec le montant qui est alloué pour le territoire?

Ce qui facilite la cohésion, c'est le travail dans un secteur géographique donné. Il peut s'agir d'un secteur de département de santé communautaire ou d'un district comme en Angleterre. Il faut organiser les services en fonction des besoins particuliers d'un secteur, et non à partir de programmes au sens large ou de politiques au sens large. Déjà, c'est mettre les personnes en situation de survie et les obliger à utiliser ce qu'elles ont pour répondre aux besoins de la clientèle âgée.

Mr. Pagtakhan: To pursue the point you have in your brief about the 22-day hospitals in Quebec, could you quickly identify the distances between these hospitals and the population sizes served by each? Related to that is the issue of whether this concept may have some negative impact—if there is any—on regional disparities within a given province.

Mme Delaney: Au Québec, il y a des régions sursaturées de services de santé; les services sont concentrés à un même endroit. Par contre, en région, il peut y avoir un centre hospitalier qui doit desservir plusieurs sous-régions.

Vous allez souvent retrouver davantage de complémentarité et de cohésion dans les secteurs géographiques où il y a un centre hospitalier autour duquel certains organismes gravitent, parce qu'ils sont en situation de survie. Ils doivent utiliser les ressources existantes et éviter de dédoubler, car ils n'ont ni les moyens financiers ni les moyens physiques de le faire.

Un centre régional peut desservir une population de 50,000 habitants. Cela varie selon les endroits. Dans certaines villes, il peut y avoir trois centres hospitaliers de courte durée, quatre centres hospitaliers de soins prolongés, quatre CLSC et six centres de jour, soit une concentration énorme de services de santé. C'est surtout à ces endroits qu'on constate une difficulté au niveau de la cohésion des services, chacun ayant une optique de chasse gardée.

J'ai travaillé en région éloignée, et j'ai pu expérimenter les deux types d'approche. Plus il y a de ressources aux environs, plus on est habitué à consommer, et plus on veut développer au lieu de «finaliser» des programmes déjà en cours. Dans un grand centre, cette cohésion est beaucoup plus difficile que dans les régions où on manque déjà de ressources et où on doit utiliser le mieux possible les ressources disponibles.

Mr. Pagtakhan: You indicated that there is a need to involve the private sector. Do you in fact have that in mind as a business proposition, or as involving the private individuals, the private volunteers, the community leaders, in this approach?

Mme Delaney: Il y a deux possibilités pour organiser ces services au niveau privé. Je parlais des besoins de nature gériatologique, des besoins de la personne qui vieillit. Pour moi, c'est un secteur dans lequel le privé et la communauté peuvent s'engager. La communauté, avec

[Translation]

can be done with the money allocated to the region as a whole.

Cohesion is more easily achieved in a particular geographical area, such as a community health area or a district, as is the case in England. Services must be organized in accordance with the specific needs of an area, and not on the basis of broad programs or broad policies. People are forced to survive and to use what they have to meet the needs of the elderly.

M. Pagtakhan: Vous parlez dans votre mémoire des 22 hôpitaux de jour au Québec. Pourriez-vous préciser la distance entre ces hôpitaux et la population desservie par chacun? Est-ce que cette structure ne pourrait pas avoir accusé les disparités régionales d'une province donnée?

Ms Delaney: In Quebec there are regions with too many health services in the same location. However, in some regions there may be one hospital centre serving a number of subregions.

There will often be a greater degree of cohesion in regions where the hospital facility is the focal point for certain agencies, because they have to survive. They must use the resources available and avoid duplication, which they simply cannot afford.

A regional centre may serve a population of 50,000, depending on the location. In some cities there may be three short-term care institutions, four long-term care institutions, four local community service centres and six day centres, and thus a large number of health services are provided. It is particularly in those areas that cohesion is difficult to achieve, as each service tends to preserve its own domain.

I have worked in isolated areas, and I have experienced both approaches. The more resources available, the more we tend to consume and to develop rather than finalizing the programs offered. Cohesion is far more difficult to achieve in a major centre than in regions where resources are scarce and those available must be used as effectively as possible.

M. Pagtakhan: Vous avez dit qu'il faut encourager la participation du secteur privé. Est-ce que vous entendez par là des entreprises, ou plutôt des particuliers, des bénévoles et des chefs communautaires?

Ms Delaney: There are two ways of organizing services in the private sector. I was referring to the needs of seniors. I think that the private sector and the gerontological community could work together in this area. The community could do so with volunteer workers

[Texte]

des bénévoles et avec l'organisation municipale, peut créer une infrastructure de soutien aux personnes âgées dans un sens large. Elle peut organiser des services de transport facilitant les déplacements des personnes âgées ou établir des programmes de surveillance par les facteurs, comme on fait en Colombie-Britannique. Elle peut établir des programmes reliés à un centre communautaire pour éviter l'isolement social. Tout ce qui a trait à la vie de tous les jours des personnes âgées, dans un sens large, peut être une responsabilité de communauté incluant les bénévoles et les services déjà en place.

• 1040

Je vois très bien l'intervention de l'entreprise privée au niveau des petits services quotidiens pour maintenir la personne dans son milieu. Par exemple, chez les personnes âgées, on retrouve souvent de l'incontinence urinaire. C'est un problème qui cause énormément de fatigue et de pertes d'énergie au niveau du lavage quotidien et du changement des personnes. C'est d'ailleurs à ce niveau que le système britannique est d'abord intervenu: il a organisé des buanderies privées qui font la cueillette du linge et le lavage. C'est un service de soutien qui coûte moins cher. Les services sociaux et de santé peuvent donner une allocation aux gens pour leur permettre d'avoir recours à ce service; une partie peut être payée par l'individu ou la famille, et l'autre par l'État. Ce service de buanderie est un exemple de ce que peut faire l'entreprise privée.

Elle pourrait aussi s'occuper des déplacements des personnes âgées. Celles-ci doivent se déplacer pour obtenir un service de santé ou tout simplement pour une sortie avec la famille. Ainsi la personne qui a de la difficulté à s'habiller et qui, pour ses soins d'hygiène, a besoin d'aide, d'un service de maintien à domicile. Selon l'organisation de nos services, les personnes qui donnent actuellement le service de maintien à domicile sont souvent des personnes syndiquées travaillant dans un établissement. La personne âgée peut avoir des besoins hors des heures d'ouverture, avant 9 heures et après 17 heures, et en fin de semaine. Sa seule activité peut être d'aller le dimanche à une rencontre d'un club de l'âge d'or. Elle a besoin d'aide pour se vêtir. C'est une façon de maintenir son rôle social. Pour elle, il est important d'avoir accès à un service d'habillement et de soins d'hygiène en dehors des périodes structurées, un service qu'elle peut choisir elle-même, car il faut faire confiance à la personne qui vient chez soi. Cela peut être une autre forme de service d'aide privé.

Mme Nicole Roy-Arcelin (députée de Ahuntsic): J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt ce que vous nous avez présenté. Depuis le début, on parle de tous ces services qui se développent partout, et je trouve cela effarant. Je ne me sens pas vieillir, mais je me vois vieillir, et je me dis: Mon Dieu, où est-ce que je vais me retrouver dans tout ce monde-là? Au fond, nous vieillissons tous un peu de la même façon, sauf pour ce qui est des maladies

[Traduction]

and the municipal organization. It could create an infrastructure to provide overall support to senior citizens. It could organize transportation for seniors or establish programs through which mailmen could keep an eye on senior citizens, as is done in British Columbia. It could establish programs linked to a community centre to avoid the problem of social isolation. The overall everyday life of senior citizens could be a community responsibility, involving volunteers and the services already being offered.

I think that the private sector could help to provide certain small everyday services to help senior citizens to remain at home. For example, a frequent problem for senior citizens is incontinence. Washing and changing the people concerned demands a lot of work and is very tiring. In Great Britain, a laundry collection service was established. This type of support service is economical. Health and social services could give an allowance to people to enable them to use this service. Part of the cost could be assumed by the individual or his family, and the rest by the government. This type of laundry service is an example of the work which could be done by the private sector.

The private sector could also help with the transportation of senior citizens, who may need some health service or simply wish to go out with their family. Some people have difficulty dressing themselves, may need assistance for hygiene purposes or to remain at home. The way our services are organized, the people currently providing services to help seniors remain at home are often unionized and work in a facility. A senior citizen may have needs during the weekend or outside the period from 9 a.m. to 5 p.m. His only activity may be to go to the senior citizen's club on a Sunday. He may need help to get dressed. This is a way of helping him maintain his social role. It is important that a service to help him dress and meet his hygiene needs be provided outside those more structured periods. He must be able to choose the service himself because he has to trust the person coming to his home. This may be another form of private assistance service.

Mrs. Nicole Roy-Arcelin (Ahuntsic): I have listened very carefully to what you have said. You have spoken about all the services being developed and I find it all very worrying. Although I do not feel that I am getting old, I see that I am and I wonder what will become of me. Really, we all age in more or less the same way, unless we are suffering from some serious illness. I think that the progression of most people's lives is basically the same.

[Text]

graves. Généralement, je pense qu'on suit un cheminement de vie semblable dans la plupart des cas.

Quand je regarde tout cela, je me dis qu'on dépense énormément d'argent pour des soins éparpillés un peu partout, alors qu'on devrait faire une étude vraiment approfondie et sérieuse et se dire: Voilà, on investit dans cela et on essaie de trouver une façon confortable de vieillir, et non une façon confortable de mourir.

J'ai l'impression que vous versez un peu dans ce sens-là. J'aimerais beaucoup entendre votre opinion là-dessus.

Mme Delaney: Je n'aimerais pas être une personne âgée actuellement. Souvent la personne âgée a de la difficulté à identifier son problème parce qu'on l'a rendue incompétente pour se prendre en charge elle-même. Quand quelque chose ne va pas, il faut que quelqu'un d'autre lui dise ce qui ne va pas au départ. Quand un problème survient, où va-t-elle? Il y a énormément de programmes, de sous-programmes, de sous-sous-sous-programmes. Pour les intervenants, il est difficile de faire la concertation. Il est même difficile de se mettre à jour sur tous les programmes qui se créent de jour en jour.

• 1045

Donc, pour la personne âgée, une figure dominante est le médecin qui déjà, par culture, était une figure dominante comme le curé et le professeur. Pour elle, il est normal d'aller vérifier auprès d'un médecin. Ce n'est peut-être pas la réponse dont elle a besoin, mais c'est quand même une porte d'entrée importante, et on doit en tenir compte.

Toutes sortes de nouvelles structures se sont créées, même au cours des 10 dernières années. Ces structures-là ont souvent été créées pour répondre à des groupes de pression ou à une mode. Par exemple, la maladie d'Alzheimer est à la mode. Tout le monde pense être atteint de la maladie d'Alzheimer. Je ne dis pas que ce n'est pas important, mais il y a des modes. Il y a la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer. À un moment donné, il faut faire attention à la femme âgée qui est seule à la maison. Donc, il y a beaucoup de programmes qui se développent comme cela, et des sommes sont investies chaque année, mais ces programmes-là sont souvent non consolidés. Ils ont un budget de départ, mais, par la suite, c'est toujours le même petit budget. On n'a jamais eu le temps de créer des équipes complètes pour répondre à un ensemble de besoins. Donc, on fait ce qu'on peut avec le programme; il atteint la clientèle la plus facilement accessible, mais ceux qui sont vraiment isolés sont toujours à la maison et ne peuvent pas exprimer leurs besoins.

Donc, il y a une incapacité et on retrouve une autre insatisfaction. On se dit: On intervient de telle façon auprès de telle clientèle, mais il y a encore un domaine qui n'est pas touché pour la clientèle. Donc, un autre groupe propose un autre programme, et on crée un autre programme, toujours avec un budget de départ, mais qui n'est jamais consolidé.

[Translation]

As I look at the situation, I realize that we are spending enormous amounts of money on health care but that our efforts are being dissipated, whereas we should conduct a truly in-depth and thorough study so as to determine where money should be spent to enable people to age comfortably rather than to die comfortably.

I think that that is what you are getting at, and I would like to hear your opinion on those points.

Ms. Delaney: I would not like to be a senior citizen today. Often the elderly have difficulty in identifying their problems because they have been made incapable of controlling their own lives. If there is something wrong, someone else has to tell them what the problem is initially. When a problem arises, where are they to go? There are so many programs, sub-programs, and sub-sub-programs. It is difficult, for those who have to intervene, to link all the programs together and even to keep abreast of all the new developments and programs which are set up all the time.

For the elderly, the person to refer to is the doctor who traditionally was a father figure, like the priest or the teacher. The first step, for an elder person, is to check with a doctor; he may not get the answer he needs, but it is an important way to access the system and we have to take it into account.

Even during the last decade, new structures have been set up, often because of pressure groups, or fashion. Currently, for instance, Alzheimer's is fashionable and everybody fears having it. I am not saying that it is not important, but just that there seem to be fashions. As well as Alzheimer's there is a great amount of talk about Parkinsonism. At one stage, attention is drawn to the elderly woman who lives alone. There are many programs that are set up and funded each year, but very often they do not get consolidated. They have a seed budget but the budget never increases. There is never the time to set up whole teams to meet a series of needs. Therefore the program is used as best one can, it reaches the ones who are most accessible, but those who are really isolated are still at home and cannot express their needs.

There is frustration, a feeling of impotence. You realize that a section of the population gets some services, but there is another section which is out of reach. Then another group proposes another program and the same story is repeated, the budget remains a starting budget which never gets consolidated.

[Texte]

C'est un peu ce que l'on retrouve dans nos organisations entre les CLSC, les hôpitaux de jour, les centres de jour et les unités de gériatrie. On a un réseau très vaste, mais qui fonctionne toujours comme cela. En termes de coûts, au lieu de créer de nouvelles structures, parce qu'il y a quand même une structure de base dans tout organisme, il vaudrait beaucoup mieux se dire: On a une structure de base dans un secteur, par exemple celui des personnes âgées, et on alloue des budgets pour développer des programmes, mais selon les besoins particuliers d'un territoire, et non en fonction d'un besoin élargi qui a été identifié au niveau d'une province ou du pays. Les sommes allouées seraient directement liées aux besoins spécifiques, et des équipes sur le terrain pourraient évaluer et aller chercher ceux qui sont isolés et qui ne parlent jamais ou qui sont plus ou moins au courant de ce qui leur est offert. Chaque territoire aurait son budget. Encore là, il faudrait déterminer, au point de vue de la santé et au point de vue social, quels sont les mécanismes de soutien qu'on doit développer et quels sont ceux qui sont un peu trop onéreux mais qui peuvent fonctionner différemment. Il faut alléger toute cette structure-là et surtout éviter de dédoubler des services.

Mme Roy-Arcelin: Exactement. J'ai l'impression qu'au lieu d'améliorer ce qui existe déjà et de trouver des solutions dans ce qui est déjà là, on est en train de créer de nouveaux besoins, qui sont presque des besoins inutiles dans un sens. Vous dites que les gens sont portés à consommer, et c'est vrai. Le médecin a pratiquement remplacé le prêtre dans la société, parce que là aussi il y a eu une espèce de désintégration. Donc, on va chercher chez le médecin une sécurité, une espèce de soupape.

The Chairman: May I extend to you, Madam Delaney, my sincere thanks on behalf of the committee for your appearance here today and for the presentation of your brief. We look forward to reviewing your testimony as the committee prepares its summation and report relative to the evidence presented here today. On behalf of all members, thank you for appearing here today.

I have a reminder to members that next Tuesday morning we will be hearing the Canadian Institute of Child Health. Unless there is a change prior to that, we will also try to work in some time for the future business of the committee relative to the budget at that time.

If members have nothing further to bring up at this time, I declare the meeting adjourned. Thank you.

[Traduction]

The same thing happens in organizations such as the local community services centres, the day hospitals, the day centres and the geriatric units: we have spread our net very widely but it is like a patchwork. In terms of costs, instead of setting up new structures, it would be better, since there is a basic structure to any organization, to use it for a category of people, for instance the elderly, and to allocate budgets to develop programs but according to the particular needs of the territory and not for any wider need that has been identified at the level of the province or of the whole country. The budgets would be related to specific needs and field teams could assess the problems and look for those who are isolated, who do not express themselves or who are hardly aware of the opportunities. Each territory would have its budget. Here again it would be necessary to identify, in social and health matters, which support mechanisms have to be set up and which are too costly but could function in a different way. The whole structure has to be streamlined with a view to avoiding overlapping of the services.

Mrs. Roy-Arcelin: Precisely. I have a feeling that rather than improving what is already there and finding the right solutions we are creating new needs which in a way are redundant. You say that people have a tendency to be consumers and it is true. For all intents and purposes, the physician has taken the place of the priest in society because the latter is disintegrating. You go and see a doctor to get some security, to find an outlet.

Le président: Au nom du Comité, permettez-moi de vous remercier, madame Delaney, d'avoir bien voulu comparaître et de nous avoir présenté votre exposé. Nous reprendrons ce dernier dans la préparation de notre rapport. Au nom de tous les membres, merci de votre présence aujourd'hui.

Je voudrais rappeler aux membres du Comité que nous entendrons mardi prochain les représentants de l'Institut canadien de la santé infantile. Sauf changement intervenu entre temps, nous essaierons également de réserver, à cette séance, du temps pour les travaux futurs relatifs au budget.

Si les membres du Comité n'ont plus de questions à soulever, je déclare la séance levée. Merci beaucoup.



*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESSES

At 9:00 a.m.

As individual:

Dr. Dorothy Ley, Chairperson of the Canadian Medical Association Committee on Health Care for the Elderly.

At 10:00 a.m.

From the "Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec":

Marielle Delaney, Vice-President.

TÉMOINS

À 9 h 00

À titre personnel:

Dr. Dorothy Ley, présidente du Comité des soins de santé pour les personnes âgées de l'Association médicale canadienne.

À 10 h 00

De l'Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec:

Marielle Delaney, vice-présidente.

39 HOUSE OF COMMONS

Issue No. 17

Tuesday, February 20, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 17

Le mardi 20 février 1990

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of
the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude
du régime de soins de santé au Canada et de son
financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, FEBRUARY 20, 1990
(23)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:12 o'clock a.m. this day, in Room 701, La Promenade Building, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin and Stan Wilbee.

Acting Member present: Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the Canadian Institute of Child Health: Daniel H. Drown, President; Dr. Denise Avar, Vice-President Research.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. Denise Avar made a statement and, with the other witness, answered questions.

At 10:37 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 20 FÉVRIER 1990
(23)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 12, dans la pièce 701 de l'édifice La Promenade, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Joyce Langan, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin et Stan Wilbee.

Membre suppléant présent: Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: De l'Institut canadien de la santé infantile: Daniel H. Drown, président; Denise Avar, vice-présidente, Recherche.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

Denise Avar fait un exposé puis, avec l'autre témoin, répond aux questions.

À 10 h 37, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Tuesday, February 20, 1990

• 0911

The Chairman: I call the meeting to order. We have a quorum pursuant to Standing Order 108. The committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

We have as witnesses this morning from the Canadian Institute of Child Health, Mr. Daniel H. Drown, President, and Dr. Denise Avard, Vice-President of Research. We welcome both of you here. This committee has for some time been hearing witnesses relative to the study we have undertaken under the jurisdiction of the Standing Committee on Health and Welfare. We look forward to your testimony. We thank you for providing us with the information that I believe has been circulated to all members who have been provided with the briefing material.

We will hear from you and after the conclusion of your presentation will call on members who may wish to ask questions and receive additional information. If I may, on behalf of the committee, I will extend to you our sincere thanks for appearing before us and I welcome you here today. If you would like to begin your testimony, Mr. Drown, please do.

Mr. Daniel H. Drown (President, Canadian Institute of Child Health): Good morning, and thank you for the opportunity to appear and submit a brief. I think it is particularly appropriate that we are here on this day of budget submission. Our address relates to the most precious national resource we have, our children.

The institute is a national non-profit organization founded in 1977, in the belief that more must be learned about the underlying effects on children's health. It was felt at the time that a great many of those were believed to be social and environment related.

I believe our brief speaks to that concern of nearly 13 years ago. The brief, which was prepared from research to develop this document—which you may also have seen released in January, *The Health of Canada's Children*—really stands forward as information that supports that notion of some 13 years ago. These are indeed important issues.

Dr. Avard was the principal researcher and the author of the document and the brief that you have before you. I will turn the podium over to her and ask her if she would

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mardi 20 février 1990

Le président: La séance est ouverte. Nous avons le quorum nécessaire pour siéger en vertu de l'article 108 du Règlement. Le comité poursuit son étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Nous avons comme témoins ce matin des représentants de l'Institut canadien de la santé infantile: M. Daniel H. Drown, président, et que M^{me} Denise Avard, vice-présidente à la recherche. Nous souhaitons à tous deux la bienvenue. Le comité entend depuis quelque temps des témoins dans le cadre de l'étude de la question dont le Comité permanent de la santé et du bien-être social a été saisi. Nous avons hâte de vous entendre. Nous vous remercions de nous avoir fait parvenir les documents que nous avons distribués à tous les membres du comité.

Lorsque vous aurez terminé votre exposé, nous allons demander aux membres du comité de vous poser des questions s'ils veulent obtenir de plus amples renseignements. Au nom des membres du comité, je tiens à vous remercier sincèrement de comparaître devant nous et je vous souhaite la bienvenue ici aujourd'hui. Je vous prie de bien vouloir commencer votre exposé, monsieur Drown.

M. Daniel H. Drown (président, Institut canadien de la santé infantile): Bonjour et merci de nous avoir donné cette occasion de comparaître et de présenter un mémoire. Je pense qu'il est particulièrement opportun que nous soyons ici en ce jour de présentation du budget. Notre exposé porte sur la ressource nationale la plus précieuse que nous ayons, nos enfants.

L'institut est un organisme national à but non lucratif qui a été créé en 1977, parce qu'on estimait qu'il fallait en connaître davantage sur les divers facteurs pouvant influencer la santé des enfants. On estimait à l'époque qu'un grand nombre de ces facteurs étaient d'ordre social et environnemental.

Nous parlons dans notre mémoire de cette préoccupation que nous avons depuis près de 13 ans. Nous avons préparé notre mémoire à partir des recherches effectuées en vue de la rédaction de ce document, que vous avez peut-être déjà vu, car il a paru en janvier. Il est intitulé *La santé des enfants du Canada* et il constitue un très bon document d'information qui confirme cette notion qui était déjà la nôtre il y a 13 ans. On y parle de questions vraiment importantes.

M^{me} Avard était la principale personne chargée des recherches et elle est l'auteure du document et du mémoire que vous avez en mains. Je vais lui céder la

[Texte]

summarize our thoughts on this. We would then be more than happy to respond to questions from you.

Dr. Denise Avard (Vice-President, Research and Information Services, Canadian Institute of Child Health): Thank you, Dan, and thank you for inviting us.

I want to stress two misconceptions. I want to make this the thrust of our discussion, perhaps. I may be talking to a group that is converted and does not really need to hear this, but the first misconception is that health care does not equal health. In our understanding of the health issues for children in Canada, it is very good to also address the notion of equality of health care. I applaud the fact this country has a national health care system, that we have basically access to the same services and that there are no costs attached to the individual where there is a need.

• 0915

That is the given, but what we have seen in our review of the health situation, particularly of children and I think it applies to other groups, is that there are tremendous inequalities.

In the examples of the inequalities you have seen in the brief, there are regional inequalities. Some provinces, for instance, have higher infant mortality rates than others. In particular, Newfoundland and Saskatchewan have rates that are one and a half times higher than in Ontario.

There are ethnic differences, and in this case I underline the aboriginal health problem, where there we see flagrant, shocking differences between the health of aboriginal children and the Canadian children. I will not go into the figures, they are in the brief.

The other area where there are differences is with socio-economic standings. There we see double the rate of infant mortality in the lower-income group families compared to the higher-income group families.

These three examples, plus differences in hospitalizations that are also noted across the provinces, draw attention to the fact that although we have a national health system, the national health system is not redressing that imbalance. I am not saying that the more of the national health system is the answer in this case, my first misconception.

The second misconception is that today's health problems are not likely to be influenced by the health care system. What I mean here is hospitals, tertiary care hospitals, doctors, in a sense the very specialty-oriented approach to the health care system is not going to redress the imbalance.

[Traduction]

parole et lui demander de bien vouloir résumer nos opinions sur ces questions. Nous nous ferons ensuite un plaisir de répondre à vos questions.

Mme Denise Avard (vice-présidente, Recherche et Service d'information, Institut canadien de la santé infantile): Je vous remercie Dan et je remercie les membres du comité de nous avoir invités.

Je tiens à souligner deux idées fausses qui circulent. J'en ferai peut-être le sujet principal de notre discussion. Je parle peut-être à un groupe de personnes déjà converties et qui n'ont pas vraiment besoin d'entendre cela, mais premièrement, les soins de santé n'équivalent pas à la santé. Dans l'étude des questions relatives à la santé des enfants du Canada, il est bon également d'examiner la notion de l'égalité des soins de santé. Je me félicite que le pays ait un régime national de soins de santé, que nous avons en fait accès aux mêmes services et que les particuliers n'ont pas de frais à payer lorsqu'ils ont besoin de ces services.

Voilà pour l'aspect positif, mais au cours de notre étude de la situation en matière de santé, en particulier dans le cas des enfants, bien que la situation soit probablement la même pour d'autres groupes, nous avons constaté qu'il existe des inégalités considérables.

Parmi les inégalités que nous mentionnons dans le mémoire, il y a les inégalités régionales. Dans certaines provinces, par exemple, le taux de mortalité infantile est plus élevé que dans d'autres. En particulier, à Terre-Neuve et en Saskatchewan, les taux sont une fois et demi plus élevés qu'en Ontario.

Il existe également des inégalités dues à l'origine ethnique, et je souligne en particulier le cas des autochtones, car nous pouvons voir des différences flagrantes et bouleversantes entre la santé des enfants autochtones et des autres enfants canadiens. Je ne vous donnerai pas les chiffres, car ils sont dans le mémoire.

Les conditions socio-économiques constituent un autre facteur d'inégalité. Le taux de mortalité infantile dans les familles à faibles revenus est le double de celui des familles à revenus élevés.

Ces trois exemples, en plus des différences dans l'hospitalisation d'une province à l'autre, montrent bien qu'en dépit de l'existence d'un régime national de santé, le déséquilibre n'est pas corrigé. Je ne dis pas cependant qu'une amélioration du régime national de santé est la solution dans ce cas, car c'est justement la première idée fausse que je tenais à souligner.

La seconde est que les problèmes de santé d'aujourd'hui ne seront probablement pas influencés par le régime de soins de santé. Je veux dire par là que des hôpitaux, des hôpitaux spécialisés, des médecins, aussi très spécialisés, ne corrigeront pas le déséquilibre.

[Text]

What are the problems we are seeing? This comes out very clearly in our book. They are primarily problems of being born too soon and too small, being premature, being a low birth-weight baby—that taxes your whole life thereafter.

The other big problem that children face as a health problem are injuries. Over half of the deaths of children in Canada are due to injuries, and of that the motor vehicle accounts for the major portion.

I will try to give you a sense of what that means. In one year in Canada, for instance 1985, 900 children over the age of one, so between one and nineteen, died from motor vehicle accidents. That is equivalent to three jumbo jets that crash with no survivors. Would there not be sort of an inquiry into certain problems of this sort?

When we are speaking of injuries, I want to stress why I am saying that today's health care system is not going to answer that. It is not more hospitals that are going to redress the problem of injuries. It is not physicians who are going to redress the problem. It is not nurses who are necessarily going to redress the problem.

I think we need to start to shift our paradigm to see the health concept as being one of health and not one of health care. That would be I think the stresses I want to place today.

How do we redress this? How do we try to change this shift? How do we get to think more in terms of health, not health care? How do we think to think prevention? I have about six items here that I would list.

The first thing I would say is that we need to place the priority on children. As Mr. Drown mentioned, they are the resource of our nation. If we have a healthy population at the beginning, we have one that carries through, and carries us very well through.

The second strategy perhaps is more innovative services. Here I am speaking specifically within the health care system. We need to think more in terms of the people who need the system most. For instance, are our health care systems organized in such a way that we are addressing the variations in time, the fact that both parents are working, the fact that parents need respite care? Are we addressing the language concerns that people have to deal with or try to express some very personal, emotional sort of concerns when you cannot communicate in your own language?

Presently our health care system epitomizes a certain style of values. We need to try to think in terms of a broader, a more heterogeneous approach to our understanding of the delivery of health systems.

[Translation]

Quels problèmes avons-nous détectés? Nous les exposons très clairement dans notre livre. Il y a tout d'abord les problèmes que présentent les naissances de bébés prématurés et dont le poids est trop faible, car cela hypothèque toute leur vie par la suite.

L'autre grand problème de santé pour les enfants est celui des blessures. Plus de la moitié des décès d'enfants au Canada résulte de blessures, dues le plus souvent à des accidents de la route.

Je vais essayer de vous expliquer ce que cela signifie. En un an au Canada, soit en 1985, 900 enfants de plus d'un an, c'est-à-dire entre un an et dix-neuf ans sont décédés des suites d'accidents de la route. C'est équivalent au nombre de décès qu'entraînerait l'écrasement de trois avions gros porteurs dans lesquels il n'y aurait pas de survivants. Cela n'entraînerait-il pas une sorte d'enquête?

Quand je parle de blessures, je tiens à souligner pourquoi je dis que le régime de soins de santé ne changera rien à la situation. L'accroissement du nombre d'hôpitaux, de médecins ou encore d'infirmières ne règlera pas nécessairement le problème.

Je pense que nous devons commencer à changer notre paradigme afin de voir dans le concept de la santé non pas les soins de santé, mais la santé-même. C'est ce que je tiens à vous faire comprendre aujourd'hui.

Comment pouvons-nous remédier à la situation? Comment pouvons-nous essayer de modifier notre conception des choses? Comment parviendrons-nous à penser davantage en termes de santé plutôt qu'en termes de soins de santé? Comment pouvons-nous commencer à penser à la prévention? Je vais vous donner une liste de six éléments.

Premièrement, je dirais que nous devons donner la priorité aux enfants. Comme l'a dit M. Drown, ils constituent la ressource de notre pays. Si la population a une bonne santé dès le début, elle la conservera au fil des ans.

La deuxième stratégie consiste peut-être à offrir des services plus innovateurs. Je veux dire au sein du régime de soins de santé. Nous devons penser davantage en fonction des gens qui en ont le plus besoin. Par exemple, nos services de santé sont-ils organisés de manière à tenir compte du facteur temps, c'est-à-dire du fait que les deux parents travaillent, qu'ils ont besoin que l'on donne des soins à leurs enfants afin qu'eux-mêmes aient un peu de répit? Tenons-nous compte des problèmes de langue que certains éprouvent lorsque vient le moment d'essayer d'exprimer des préoccupations très personnelles et de nature émotive, alors qu'ils ne peuvent pas communiquer dans votre langue?

Actuellement, notre régime de soins de santé incarne un certain style de valeurs. Nous devons essayer de le repenser afin de concevoir la prestation des services de santé dans une perspective plus large, plus hétérogène.

[Texte]

We need to focus the attention on primary care. I think here we could learn some very good lessons from developing countries, where the concerns are very much of a public health nature. We in Canada are facing similar concerns, particularly with children. As I said, the major cause of death is injuries, and we need to prevent them. We could prevent them through better individual responsibility, such as wearing of seat-belts, or we could have, say, stricter drinking and driving rules, more restrictive speed limits, or well-protected playgrounds so the children would not dash into the street.

• 0920

A fourth thing is we need to think in an interdisciplinary way.

Health care has had a very narrow sort of perspective in terms of a speciality group. We have to start thinking in terms of other disciplines, so in trying to address health care problems we should involve urban planners; we should involve economists; we should involve police; we should involve coroners; we should involve the health care professionals. Only with an interdisciplinary approach will we redress some of the imbalance.

Grassroots, empowerment—in other words, the people most concerned should have a better understanding of their problem, and not have a patronizing sort of approach telling them what to do. Having people telling what they feel, and hearing those comments, might be a better approach.

Finally, I would place an emphasis on health promotion.

In a sense, think globally of health. Do not think in terms of repairing. This is what we see in health care systems and at the hospital level. We need to think in terms of setting a better pattern to the life, which basically creates a healthy individual.

Thank you.

Mr. Drown: In conclusion to those remarks, on the national level we can see the idea of objectives that can be set for the nation, the concept of a national child health policy, to begin to address the kinds of issues Dr. Avard has raised with you. We thank you. We would like to hear comments and questions.

The Chairman: Thank you very much. You have certainly raised some interesting points. You gave statistics of 900 children a year in Canada in motor vehicle accidents. Are most of those accidents a result of safety devices within automobiles not being used?

[Traduction]

Nous devons concentrer notre attention sur les soins de base. Je pense que nous pourrions recevoir de très bonnes leçons des pays en voie de développement, où l'on se préoccupe principalement de questions d'hygiène publique. Au Canada, nous avons les mêmes préoccupations, en particulier en ce qui concerne les enfants. Je répète que les blessures constituent la principale cause de décès, et nous devons les prévenir. Nous pourrions les prévenir par un comportement plus responsable, notamment en mettant la ceinture de sécurité, en adoptant des règlements plus stricts concernant la conduite en état d'ébriété, en fixant des limites de vitesse plus sévères, ou encore en protégeant mieux les terrains de jeux afin que les enfants ne courent pas dans la rue.

Le quatrième élément dont nous avons besoin est une approche interdisciplinaire.

Nous avons eu tendance à voir les soins de santé dans une perspective très étroite, c'est-à-dire comme l'apanage d'un groupe de spécialistes. Nous devons commencer à songer à d'autres disciplines, c'est-à-dire qu'en cherchant la solution aux problèmes de santé, nous devrions faire intervenir les urbanistes, les économistes, les policiers, les médecins légistes et les professionnels de la santé. C'est seulement par une approche interdisciplinaire que nous parviendrons à corriger le déséquilibre.

Nous devrions donner plus de pouvoirs aux personnes les plus directement concernées, c'est-à-dire celles qui comprennent mieux le problème, au lieu de leur dire quoi faire d'une manière condescendante. Il est préférable d'écouter les gens expliquer ce qu'ils ressentent et d'entendre leurs commentaires.

Enfin, je donnerais beaucoup d'importance à la promotion en matière de santé.

En un sens, il faut voir la santé dans une perspective globale. Il ne faut pas penser uniquement en termes de rétablissement d'une santé défaillante. C'est ainsi qu'on voit les choses au sein du régime de soins de santé et dans les hôpitaux. Nous devons songer plutôt à promouvoir de meilleurs modes de vie, car c'est ce qui peut vraiment favoriser la croissance d'une personne en bonne santé.

Je vous remercie.

M. Drown: En conclusion, je dirais qu'à l'échelle nationale, on devrait fixer des objectifs pour tout le pays, concevoir une politique nationale pour la santé infantile, afin de régler le genre de problèmes dont M^{me} Avard vous a parlé. Nous vous remercions. Nous nous ferons un plaisir d'entendre vos commentaires et vos questions.

Le président: Je vous remercie beaucoup. Vous avez certainement soulevé des éléments intéressants. Vous nous avez dit notamment que, dans une année, 900 enfants étaient décédés au Canada dans des accidents de la route. La plupart de ces accidents résultent-ils du fait qu'on n'a pas utilisé certains dispositifs de sécurité dans les voitures?

[Text]

Dr. Avard: The 900 are children who died in relation to an automobile. It could be as a pedestrian, as a car occupant, or as a cyclist, and it varies depending on the age group, so with preschoolers you get about 50% of those who die from an automobile being pedestrians. In the school-age child, you get about one-third pedestrian, one-third car occupant, one-third cyclist; in the adolescent, we are back to primarily car occupants, so it varies depending on the developmental stage.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): I would like to start more or less where you started, with hospitalization. Would you just elaborate on the impact of the differences in hospitalization, and the consequential impact on morbidity and mortality.

Dr. Avard: Are you addressing particularly the variations between the provinces, or how hospitalization contributes to decreases in mortality?

Mr. Pagtakhan: Yes, because you indicated a difference among children, depending on their social strata and other things. How has this impacted on the morbidity and mortality, separate from the illness per se, or perhaps from the non-availability of the acute care setting?

Dr. Avard: I am not very clear as to your question. Does hospital—

Mr. Pagtakhan: There is a difference.

Dr. Avard: —because I would assume there are no barriers in Canada. If you need to be hospitalized, you will be hospitalized.

Mr. Pagtakhan: You indicated a difference of access on the part of aboriginal youth. Has this had any effect distance-wise?

Dr. Avard: The example we have for the aboriginal would show hospitalization per se does not seem to be a problem. Let us use the infancy period. Mortality in the first week of life and in the first month of life is the same, or is very close, if we use the non-native population with the native population as a point of comparison. As soon as you move out of that period you are into the home environment. Then the death rates differ and so do the hospitalization patterns. So if I understand your question, hospitalization per se seems to have worked for aboriginal children, in that when they are in hospital certainly the outcome is as good as for non-native children. And that I think is through the process of regionalization, because children are being brought into the major centres, certainly surrounding birth.

• 0925

Mr. Pagtakhan: On the second issue of the involvement of the traditional health care workers—the physicians, the

[Translation]

Mme Avard: Parmi les 900 enfants qui sont décédés des suites d'un accident de la route, il peut y avoir des piétons, de passagers dans une voiture ou encore des cyclistes. Tout dépend du groupe d'âge, mais dans le cas des enfants d'âge préscolaire, environ 50 p. 100 de ceux qui sont décédés dans un accident de la route étaient des piétons. Pour ce qui est des enfants d'âge scolaire, un tiers était des piétons, un tiers était passagers dans une voiture et l'autre tiers était des cyclistes; dans le cas des adolescents, il s'agit surtout de passagers dans une voiture. La répartition varie donc selon l'âge des enfants.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Je vais commencer à peu près où vous avez commencé vous-même, c'est-à-dire en parlant de l'hospitalisation. Pourriez-vous nous parler davantage des incidences des inégalités liées à l'hospitalisation, en ce qui concerne la morbidité et la mortalité?

Mme Avard: Voulez-vous parler des différences entre les provinces, ou dans quelle mesure l'hospitalisation contribue à diminuer la mortalité?

M. Pagtakhan: Oui, car vous avez dit qu'il existait des différences parmi les enfants, selon la situation sociale et d'autres facteurs. Quelle était l'incidence sur la morbidité et la mortalité, si l'on ne tient pas compte des maladies elles-mêmes, ou peut-être du fait qu'il n'y a pas d'hôpital pour soins actifs?

Mme Avard: Je ne comprends pas très bien votre question. Vous demandez si l'hospitalisation. . .

M. Pagtakhan: Il y a une différence.

Mme Avard: . . . car je présume qu'il n'y a pas d'obstacles au Canada. Quelqu'un qui a besoin d'être hospitalisé le sera.

M. Pagtakhan: Vous avez dit que les jeunes autochtones n'avaient pas le même accès. Est-ce dû aux distances?

Mme Avard: D'après nos renseignements au sujet des autochtones, l'hospitalisation en soi ne semble pas être un problème. Parlons d'abord de la petite enfance. Le taux de mortalité pendant la première semaine et pendant le premier mois de vie est à peu près le même, quand nous comparons la population non autochtone avec la population autochtone. Après cette période, l'enfant se retrouve à la maison et c'est là que les taux de décès commencent à différer, ainsi que l'hospitalisation. Si je comprends bien votre question, je vous répondrai que l'hospitalisation ne semble pas constituer de problème pour les enfants autochtones, c'est-à-dire que lorsqu'ils sont hospitalisés, ils s'en tirent aussi bien que les enfants non autochtones. Je pense que cela est dû à la régionalisation des services, parce qu'on amène les enfants dans les grands centres urbains, du moins quand ils sont encore des nouveaux-nés.

M. Pagtakhan: Deuxièmement, à propos de la participation des travailleurs traditionnels du secteur de la

[Texte]

nurses, and the therapists—and on the other side the non-health workers—the police agencies and others—what specifically would you recommend the government ought to address along this line in terms of a specific proposal so that this concept from your group would then be implemented?

Dr. Avard: I think I would address the importance of getting people to talk to each other. That step has to happen.

Mr. Pagtakhan: One way of calling national awareness to this would be a high-profile national conference, if only for the first time, to address this as a process. Has this occurred to . . . ?

Mr. Drown: We can see value in greater visibility, greater priority to the needs of children, and that could perhaps be done with conferencing as one mechanism.

With regard to the other players, for instance the police, if you look at motor vehicle accidents, if we do not relate the issue of safer streets and law enforcement to look at target-achievable objectives, if we want to lower the numbers of children killed by cars, we are going to have to call on every sector. I guess what we would say is you do not segment this as an isolated problem. It becomes a community problem; it becomes a regional problem; it becomes a provincial problem, and ultimately it should have national awareness. Police would be drawn in to take their part of that "death due to injury", and similarly the schools and how they address children in their comings and goings from school, their safety during school, playground safety. We cannot ignore that these things are costing us lives in the order that we discussed.

So we would say, looking at the numbers, how can we lower those numbers, and who would be the most appropriate people to bring in? We have drawn out everything from teaching to policing to others in the issue of injury and mortality.

Mr. Pagtakhan: How do you relate accidents as a major cause of morbidity and mortality with respiratory illnesses, which are claimed by physicians as the most common reason for a visit to a paediatrician's office beyond the first year of life?

Dr. Avard: I think you are correct. When we look at main reasons for hospitalizations it is diseases of the respiratory system. I think what I would say is the car is far more lethal than any germ that exists, and in a way a car will create a greater impact in terms of a death—which perhaps does not lead to a greater use of hospitals—whereas the conditions that are less lethal lead to hospitalization.

Ms Langan (Mission—Coquitlam): I would like to take us a little bit away from auto-related deaths, because I think it is fairly evident that it is a problem. Earlier in

[Traduction]

santé, c'est-à-dire les médecins, les infirmières et les thérapeutes, ainsi que de la participation de travailleurs d'autres secteurs, notamment les policiers, que recommanderiez-vous précisément au gouvernement de proposer pour que le concept de votre groupe soit mis en pratique?

Mme Avard: Je pense que je soulignerai particulièrement l'importance qu'il y a à amener les gens à dialoguer. C'est une étape essentielle.

M. Pagtakhan: Pour sensibiliser les intéressés à l'échelle nationale, il faudrait peut-être organiser une grande conférence nationale, quand ce ne serait que pour inaugurer le processus. Y avez-vous songé. . . ?

M. Drown: Il est vrai que nous devons faire comprendre au plus grand nombre possible de gens qu'il faut accorder une plus grande priorité aux besoins des enfants, ce qui pourrait peut-être se faire au moyen d'une conférence.

Pour ce qui est des autres intervenants, par exemple les policiers, en ce qui concerne les accidents de voitures, car pour avoir des rues plus sûres, il faut fixer des objectifs réalistes en matière de respect des lois, si nous voulons réduire le nombre d'enfants tués par des voitures, nous devons à cette fin faire appel à tous les secteurs intéressés. Nous dirions cependant qu'il ne faut pas nous occuper de ce problème d'une façon isolée. C'est un problème au niveau local, au niveau régional, au niveau provincial, et l'on devrait même y sensibiliser la population à l'échelle nationale. Des policiers devraient être amenés à jouer leur rôle dans un programme visant à réduire «les décès dus à des blessures», de même que les écoles, car il faut s'occuper de la sécurité des enfants quand ils se rendent à l'école et à la maison, ainsi que lorsqu'ils sont à l'école même et au terrain de jeu. Nous ne pouvons pas ignorer que les accidents nous coûtent un grand nombre de vies, comme nous l'avons mentionné.

Lorsque nous cherchons à réduire le nombre de ces accidents, nous devons nous demander quels seraient les meilleurs intervenants? Lorsque nous avons parlé des décès dus à des blessures, nous avons mentionné toutes sortes d'intervenants, des enseignants jusqu'aux policiers.

M. Pagtakhan: Comment expliquez-vous que vous citiez les accidents comme principale cause de morbidité et de mortalité alors que les médecins prétendent que ce sont les maladies respiratoires qui conduisent le plus souvent un enfant chez un pédiatre après la première année?

Mme Avard: Je pense que vous avez raison. L'hospitalisation d'un enfant est le plus souvent causée par une maladie du système respiratoire. Je dirais cependant que la voiture est beaucoup plus mortelle que tous les microbes, car une voiture cause le plus souvent la mort, auquel cas on n'a peut-être pas besoin de plusieurs jours d'hospitalisation, tandis que des problèmes moins graves peuvent entraîner l'hospitalisation.

Mme Langan (Mission—Coquitlam): J'aimerais parler d'autres choses que des décès liés à l'automobile, bien que j'y vois un problème important. Au début de février, j'ai

[Text]

February, Barry Plesche was speaking on a Calgary radio station, and he said, I think it is a very clear illustration of the limits of medicine in producing health, and he went on to say that a lot of sophisticated analysts have begun to understand this very well. He was talking about other than hospital care, I expect, or regular medical care. And he said that perhaps the people who do not understand it quite as clearly, or do not agree with the analysis, are the doctors. Can you give us some indication of why that is? Do you have an idea?

• 0930

Dr. Avard: Yes. I will speak here as a sociologist who has looked at the medical sociology literature. It very much reflects medical care, or at least the medical curriculum; and I think that also applies to nurses. The approach in the medical curriculum is very much towards the tertiary, the more exotic illnesses. If you look where medical schools are situated, they are situated in university centres, which then have their hospitals, which have the more unusual types of illnesses. So if anything, the medical group is exposed to these types of problems. Then they graduate and look for the exotic.

A simple example is this. I worked with some neonatologists. I remember having one fellow saying to me a small baby was not as interesting as an extremely premature. It was as if it were boring; this baby is just sitting in an incubator; I want something. . . And I think it is understandable. There is a scientific challenge they have been exposed to.

Mr. Drown: Also recognize that the system of health care as we have devised it has put tremendous pressures on the primary deliverers of care. Doctors, nurses work in extremely pressing circumstances. Until we shift, in some instances we cannot expect the non-academic physicians to understand why we are talking about something that is not on their doorstep. I think it would be wrong to characterize it totally that way. It is a shared thing; a catch-22, if you will.

Ms Langan: I have two other questions. One is that again in that article the reference is to there being only a limited amount of benefit you can get from medical care. The statement goes on to say many of the factors that are important to the survival of infants, for example, lie beyond that. We have talked about the automobile, but can you elaborate on some of the other factors?

Dr. Avard: For the infant it is the prenatal phase and the moment surrounding birth and the first year of life; and here we are dealing with nutrition, we are dealing

[Translation]

entendu Barry Plesche parler à un poste de radio de Calgary, et il expliquait très clairement les limites de la médecine en matière de santé. Il disait que beaucoup d'analystes très compétents avaient commencé à le comprendre très bien. Il parlait des soins à l'extérieur des hôpitaux, des soins médicaux courants. Il disait que les gens qui ne le comprennent pas aussi bien ou qui ne sont pas d'accord avec cette analyse sont peut-être les médecins. Pourriez-vous nous dire pourquoi? En avez-vous une idée?

Mme Havard: Effectivement. Je parle ici en tant que sociologue, au courant des publications sociologiques médicales. Leur perspective est fonction des soins médicaux, ou du moins de ce qu'on enseigne dans les écoles de médecine, et je pense que cela s'applique également aux infirmières. Le programme de cours en effet porte davantage sur le secteur de maladies tertiaires, les maladies les plus exotiques. Les écoles de médecine se trouvent dans des centres universitaires, qui possèdent leurs propres hôpitaux où on étudie des maladies très peu courantes. Les étudiants en médecine sont donc exposés à ce genre de problème quand ils obtiennent leurs diplômes. Ce sont les maladies exotiques qui les intéressent.

Je vous donne un exemple simple. J'ai travaillé avec des spécialistes en néonatalogie. Je me souviens avoir entendu l'un d'entre eux déclarer qu'un petit bébé n'était pas un cas aussi intéressant qu'un enfant très prématuré. On aurait dit qu'il trouvait ennuyeux le cas du bébé qui se trouve simplement en incubateur, et il souhaitait quelque chose de différent. . . c'est compréhensible, je pense. C'est le genre de défi scientifique auquel ces médecins ont été exposés.

M. Drown: Il faut également admettre que le système de soins de santé tel que nous l'avons conçu est très dur pour ceux qui se trouvent sur la ligne de feu. Médecins et infirmières travaillent sous une très forte pression. Tant que les choses ne changeront pas, on ne peut pas toujours s'attendre à ce que des médecins non universitaires comprennent pour quelle raison on parle de quelque chose qui n'est pas vraiment leur domaine. Je pense que ce serait une erreur de trop généraliser. Mais c'est un problème commun, une sorte de cercle vicieux, si vous voulez.

Mme Langan: J'ai deux autres questions. Je reviens au même article dans lequel on mentionne que les soins médicaux n'ont qu'un usage limité et qu'il existe un grand nombre d'autres facteurs qui jouent un rôle dans la survie des nouveaux-nés, par exemple. Nous avons parlé de la mortalité imputable aux accidents automobiles, mais pourriez-vous nous donner d'autres détails sur certains des autres facteurs?

Mme Avard: Il y a la phase prénatale, les circonstances de la naissance et la première année d'existence. Dans ces cas, il peut y avoir des problèmes imputables à la

[Texte]

with smoking, we are dealing with stress. These are examples of some of the issues.

Ms Langan: And how can we change our approach to those kinds of things, given there are limits on the amount of money that can be put into medical care, and also given the system, that we have medicare for direct medical care but not necessarily for the other kinds of community-based care?

Dr. Avard: That is correct. When we are talking about the limited resources, it is perhaps not a question of saying we should have more money to do that but of rethinking where the money we have is going. Right now we have an inverted pyramid in terms of how the money is spent on prevention, then the physician related, then hospitalization. We know about 60% of the health care budget goes to hospitals, some 20% to physicians, and about 1% to prevention. If there were some way—maybe not completely—of turning the pyramid around but creating what is happening in the demographic tree... even something spreading in the middle... It is a shift of values.

Mr. Drown: Similarly there is the investment cost issue. Particularly with children, your investment will not bear fruit immediately. So the immediate shaving of costs... as we talked about, the system we have now... a very daring undertaking for any government would be to look at the investment cost and how long that return will be before it comes back to you in shifts of use. As I say, it is a challenge for the children, and the need in the future for what we call human capital in economic terms is indeed a very pressing and important priority for us.

Ms Langan: You have talked about a national child health policy. I wonder if you could expand on how you envision that. How is that established and how does it filter down the line?

Mr. Drown: I think we believe, as we look at the issues confronting us around children in this country, a national health policy would have to focus on objectives that would indicate where we should be going, what the ideal level of infant mortality should be, what the ideal level of injury mortality should be, or if not the ideal level, if none at all is best, then how we get to levels that are better than we have seen. How do we decrease the disparity we have seen between economic groups, between ethnic groups, regional groups?

• 0935

Ms Langan: Do you see that as a separate ministry? How do you see that happening—under the existing ministry of health and welfare?

[Traduction]

nutrition, au stress ou à l'usage de la cigarette. Ce sont là certains des facteurs.

Mme Langan: Mais comment peut-on changer cet état de chose, étant donné les ressources limitées que nous pouvons consacrer aux soins médicaux et étant donné aussi que notre système permet de fournir des soins médicaux directs, mais pas nécessairement le genre de soins communautaires nécessaires?

Mme Avard: Vous avez raison. Lorsque nous parlons de ressources limitées, nous ne voulons peut-être pas dire que plus d'argent serait nécessaire mais il faudrait repenser la façon dont cet argent est investi. En ce moment nous avons une pyramide inversée si vous considérez l'argent consacré à la prévention, aux soins fournis par le médecin et aux hôpitaux. Une proportion de 60 p. 100 du budget de la santé est consacrée aux hôpitaux, 20 p. 100 environ aux médecins et 1 p. 100 environ à la prévention. S'il était possible de renverser la pyramide, ne serait-ce qu'imparfaitement, mais de faire ce qui se fait dans l'arbre démographique en ce moment—avec peut-être même un certain élargissement au milieu... Il faudrait changer les valeurs.

M. Drown: Il y a aussi la question des coûts d'investissement. Dans le cas des enfants en particulier, votre investissement ne rapporte pas immédiatement. Quand on parle de diminuer les coûts comme on le fait en ce moment, avec le système que nous avons... un gouvernement courageux pourrait étudier le coût d'investissement et voir combien de temps cela prend pour que cet investissement rapporte avant que vous ne changiez d'aiguillage. Comme je l'ai dit, la question des enfants présente un défi, et nous considérons comme une grande priorité la nécessité d'investir pour l'avenir dans ce que l'on appelle en termes économiques le capital humain.

Mme Langan: Vous avez fait allusion à une politique nationale de santé infantile. J'aimerais que vous nous expliquiez ce que vous avez à l'esprit. Quel genre d'organisation envisagez-vous, quelles en seraient les retombées?

M. Drown: Si l'on considère les problèmes auxquels nous devons faire face en ce qui a trait aux enfants canadiens, une politique nationale de la santé devrait mettre l'accent sur des objectifs qui préciseraient l'orientation suivie, le niveau idéal de mortalité infantile, le niveau idéal de mortalité imputable à des blessures—si tant est qu'il existe un niveau idéal—et la façon de diminuer les pourcentages actuels. Comment peut-on diminuer la disparité qui existe entre les groupes économiques, entre les groupes ethniques et les groupes régionaux?

Mme Langan: Envisagez-vous la création d'un ministère distinct ou pensez-vous que cela pourrait se faire sous l'égide de Santé et Bien-être Canada?

[Text]

Mr. Drown: There should be a primary focus. I think Health and Welfare is indeed a logical group in terms of our thought process to have as a central focus, to start this with either a minister responsible for or a secretariat responsible for. Recognizing that these are difficult things to establish in the process of government, we need a centralized focus that will allow us to examine starting, say, at the national level and then interacting with the provincial, regional and local levels. It is the only way we can solve problems.

There are a lot of good minds out there. We had some tremendous things happen with children that are very good for us. We need to share them across the country.

Ms Greene (Don Valley North): I was wondering how large a role alcohol abuse plays in the health of children.

Dr. Avard: This would be theoretical. There is no data to try to support that. There might be some individual studies done in centres, but in terms of our review we cannot address this except indirectly by saying we know that alcohol and prematurity or low birth weight are related. But what the impact of that particular item to it is we cannot say.

Ms Greene: I was looking at some of these items such as birth defects in infants and the suicide rate among youth and so on. I have seen presentations that have said that something like 40% of the beds in hospitals are filled with people who should be treated because of either alcohol or drug abuse.

Particularly with the youth statistics, it seems to me that it is a depression caused by alcohol as well as just abuse of alcohol.

Mr. Drown: The cause of many of the things we see evidenced in statistics is really one thing we think policy and a bit of research have to address. Until we fully understand mental illness and the effects on children as they go through the stages of life that lead to adolescence, that lead to alcohol-related motor vehicle accidents and suicides—and sometimes they are intertwined—we are dealing more with an evident statistic than with knowing the underlying cause.

I believe if we even go back to issues within family violence and other areas, we will find that alcohol, again a guess, would be a dominant theme. It is clearly there in the motor vehicle.

Ms Greene: Do you feel that the perinatal health care units are a valid direction to go in? Have you studied their effectiveness in saving children's lives?

[Translation]

M. Drown: Il faudrait un point central essentiel. Je pense que Santé et Bien-être Canada est logiquement l'organisme que nous envisageons comme point central, dont un ministre ou un secrétariat pourrait être responsable au départ. Nous reconnaissons que ce sont des choses difficiles à établir au niveau des gouvernements; c'est pourquoi nous avons besoin d'un point central qui nous permette d'examiner au départ ce qu'on peut faire au niveau national et passer ensuite au niveau provincial, au niveau régional et au niveau local. C'est la seule façon de résoudre les problèmes.

Il y a beaucoup de gens intelligents parmi les fonctionnaires et toutes sortes d'excellentes initiatives ont été prises pour les enfants. Il faut que cela se fasse à l'échelle du pays.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Je me demande dans quelle mesure l'abus d'alcool influe sur la santé des enfants.

Mme Avard: Ma réponse serait théorique car il n'existe aucune donnée pertinente. Certaines études individuelles ont peut-être été effectuées dans des centres, mais dans le cadre de notre étude, nous ne pouvons aborder cette question que de façon indirecte en disant qu'il existe une relation de cause à effet entre l'usage de l'alcool et le nombre de prématurés ou de nouveaux-nés qui ont un poids inférieur à la moyenne. Nous ne pouvons toutefois mesurer l'impact de ce facteur.

Mme Greene: J'ai étudié des cas d'anormalité chez les nouveaux-nés et le taux de suicide chez les jeunes, entre autres. J'ai appris lors de conférences qu'environ 40 p. 100 des lits d'hôpitaux étaient occupés par des alcooliques ou des narcomanes.

Si l'on considère les statistiques sur les jeunes en particulier, j'ai l'impression que la dépression dont ils souffrent est causée par l'alcool et par l'abus de l'alcool.

M. Drown: Je pense que pour comprendre la raison de ce que nous constatons dans nos statistiques, nous avons besoin d'une politique et d'un peu de recherche. Nous parlons de statistiques qui sont évidentes mais nous comprenons mal les causes sous-jacentes. Cela restera d'ailleurs le cas tant qu'on n'aura pas bien compris les maladies mentales et les répercussions qu'elles ont sur les enfants à chaque étape de leur existence jusqu'à ce qu'ils deviennent adolescents et qui aboutissent à des accidents automobiles et à des suicides imputables à l'usage d'alcool—et les deux sont parfois reliés.

Je pense que si l'on étudie les problèmes de violence au sein de la famille, entre autres, on constatera que l'alcool joue un rôle dominant—mais c'est encore une simple hypothèse. C'est de toute évidence également le cas pour les accidents automobiles.

Mme Greene: Pensez-vous que le recours aux dispensaires de médecine périnatale sont la bonne solution à adopter? Avez-vous étudié dans quelle mesure ces soins permettent à des enfants de survivre?

[Texte]

Dr. Avard: The perinatal period, the neonatal intensive care units... certainly the literature quotes their effectiveness in terms of decreasing mortality.

Ms Greene: But there is quite a division in the community on the issue of whether the kinds of money...

Dr. Avard: I think we are back to the philosophical stand I was raising at the beginning. The neonatal intensive care is a sort of patchwork in the sense that we are trying to repair the consequence—we had a low birth weight baby or a premature baby. If we would even prevent them from being born, we would not have the neonatal intensive care unit.

So there are ways of trying to redress, and I think there is room for neonatal intensive care units. I am not saying that they should not exist. They should exist, but some effort is also needed on the prevention side.

Mr. Drown: You have achieved tremendous sophistication in regionalization and delivery of service. That is to be applauded. You will not find a neonatologist in this country who would not say he could afford to be less busy than he is. This relates back to why you can recruit those kinds of people into lowering the amount of low birth weight we see evidenced. So it steps back very quickly, but those have been effective measures. We just cannot continue this way.

Ms Greene: They are also very regional, there are very few of them. There are some in Ontario and British Columbia and so on. Have you identified Saskatchewan, Manitoba and Newfoundland as areas lacking in these services? Manitoba has Dr. Pagtakhan.

Dr. Avard: I do not think we explained the variations on the basis of lack of services. I think what we draw attention to is that there are differences, and within each province they need to look at it at a distance. You cannot say that this is a possible explanation.

• 0940

I would like to draw another example to the impact of the neonatal intensive care units. I think it is very clear that it has increased survival. It is not very clear that it has improved the quality of life of these survivors. We know that pre-term births and low birth weights have tremendous negative sequelae, whether in terms of developmental problems, hearing problems or respiratory infection problems. In a way they become a cascade of events that are not improving the quality of life.

Ms Greene: There is also the argument that they prevent handicapped children. The early care and

[Traduction]

Mme Avard: Pour la période périnatale, les publications montrent certainement que ces unités de soins intensifs permettent de diminuer le taux de mortalité.

Mme Greene: Mais au niveau de la communauté, les avis sont partagés sur la question de savoir le genre de fonds...

Mme Avard: Je pense que cela revient à une question de philosophie, comme je l'ai mentionné au début. Les soins intensifs accordés aux nouveaux-nés représentent une solution de rapiéçage en ce sens qu'on essaie de réparer les dégâts: un bébé né prématurément ou avec un poids trop faible à la naissance. En fait, si ces enfants mourraient avant la naissance, ce genre de services n'existeraient pas.

Il existe donc des moyens de réparer les dégâts, et je pense que ces unités de soins intensifs destinés aux nouveaux-nés ont leur utilité. Je ne vous dis pas qu'on devrait s'en débarrasser. On en a besoin mais il faudrait également faire des efforts du côté de la prévention.

M. Drown: Vous avez vraiment réussi à perfectionner la régionalisation et la fourniture des services, et je dois vous en féliciter. Tous les spécialistes canadiens en néonatalogie souhaitent avoir un peu moins de pain sur la planche car c'est à eux que vous faites appel pour essayer de diminuer le nombre de nouveaux-nés dont le poids à la naissance est inférieur à la moyenne. Les choses changent très rapidement, mais ces initiatives ont été efficaces et devraient être maintenues.

Mme Greene: Mais elles sont de nature très régionale et il en existe fort peu. On en trouve en Ontario et en Colombie-Britannique. Mais que dire de la Saskatchewan, du Manitoba et de Terre-Neuve qui sont dépourvues de ces services? C'est vrai qu'au Manitoba il y a le docteur Pagtakhan.

Mme Avard: Je ne pense qu'on ait dit que les différences étaient imputables à la carence de services. Je pense que nous insistons sur le fait qu'il existe des différences et qu'il faut prendre un peu de recul pour étudier le cas de chaque province. Il n'est pas possible de dire que la différence est imputable probablement à cette carence de services.

J'aimerais vous donner un autre exemple de l'impact de ces cliniques néonatales de soins intensifs. Je pense qu'il est très clair qu'elles ont permis d'augmenter le taux de survie. On ne peut pas en dire pour autant que la qualité de vie des survivants ait été améliorée. Nous savons qu'un enfant né avant terme ou ayant à la naissance un poids peu élevé risque de souffrir d'énormes séquelles, sur le plan du développement, de l'ouïe ou des problèmes des voies respiratoires. En un sens, ils souffrent de toutes sortes de choses qui n'améliorent pas la qualité de leur vie.

Mme Greene: Certains soutiennent que ce service permet d'éviter la naissance d'enfants handicapés. Grâce à

[Text]

prevention do prevent children receiving handicaps as well. I saw some stats on that about eight years ago, I would say.

Dr. Avard: I think the literature is divided.

Ms Greene: Is it? Thank you.

Mrs. Clancy (Halifax): I would like to welcome you both back. I promise you I will not throw questions at you the way I did when we met before, or at least I will try not to.

You say in your brief that in 1986, children in the lowest-income neighbourhoods were at the greatest risk of dying from injuries. I am presuming this statistic arises from the vulnerability of the children in those neighbourhoods as opposed to access to medical care after the fact. I would think that in low-income neighbourhoods in our urban centres, it really would not make much difference in the access to care but it would be the situations the children would find themselves in that would make them vulnerable to accident.

Dr. Avard: Yes, I think that is right. It is not the getting to the hospital that will have this effect. Most of these accidents would have been car related because, as I pointed out, the car is such an important contributor to accidental death and a car is lethal. You can be right next to the hospital but in front of a car—

Mrs. Clancy: I am presuming that hidden in what you are saying is the question of just the proximity, the safety and the fact that there may not be any yards or places for children to play.

Dr. Avard: Yes, to amplify, that is right; it is the environment they play in. Children might be playing in the street perhaps in poor environments because they do not have a backyard or the playgrounds are not well protected or the speed limits in an area are not appropriate or there are parked cars, which is a serious source of—

Mr. Drown: I think also issues to look at are the necessary supervision and accompanying time with children. We get in strained situations and people take greater risks and at earlier ages children are given greater responsibilities than they might need. I think we have to look at how children are supervised or assisted in getting life experience.

Mrs. Clancy: In other words, latch-key children and a lack of child care would have an impact on this.

Mr. Drown: When you look at the number of child care spaces available and the number we see in care, clearly we have to address it. If we are going to have both parents of necessity or choice working—and I think in the lower-income areas we recognize it is out of necessity, not out of choice of lifestyle—this too could be a contributor.

[Translation]

la prévention, il y a des soins prodigués très tôt, et on évite que des enfants naissent handicapés. J'ai vu des statistiques là-dessus qui remontent à environ huit ans.

Mme Avard: Je pense que les spécialistes ont des opinions partagés.

Mme Greene: Vraiment? Je vous remercie.

Mme Clancy (Halifax): J'aimerais à nouveau vous souhaiter la bienvenue à tous les deux. Je promets de faire de mon mieux pour ne pas vous bombarder de questions comme je l'ai fait la dernière fois.

Vous dites dans votre mémoire qu'en 1986, les enfants vivant dans des quartiers pauvres étaient plus susceptibles de mourir des suites de blessures. Je suppose que cela est imputable à la vulnérabilité des enfants qui vivent dans ces quartiers et non à l'accès qu'ils ont eu aux soins médicaux après l'accident. Je pense que dans nos centres urbains, les enfants qui vivent dans des quartiers pauvres ont accès au même genre de soins mais leurs circonstances particulières les rendent plus susceptibles d'avoir des accidents.

Mme Avard: En effet, je pense que c'est le cas. Cela n'a rien à voir avec l'hospitalisation elle-même. La plupart des accidents sont imputables à des automobiles parce que, et je l'ai fait remarquer, l'automobile est un des principaux facteurs de mort accidentelle et elle est meurtrière. Vous avez beau habiter tout près de l'hôpital, quand vous êtes frappé par une voiture. . .

Mme Clancy: Je suppose que vous voulez dire qu'il y a la question de proximité qui joue ainsi que la sécurité et le fait qu'il n'y a pas beaucoup de jardins ou d'endroits où les enfants peuvent jouer.

Mme Avard: En effet, vous avez raison, c'est imputable à l'environnement dans lequel ils jouent. Les enfants jouent probablement dans la rue parce qu'ils n'ont pas de cour ou parce que le terrain de jeu est mal protégé ou parce que la limite de vitesse est inappropriée dans le quartier ou parce qu'il y a des automobiles stationnées qui risquent de. . .

M. Drown: Je pense qu'il faut aussi étudier la question de la supervision qui est nécessaire pendant qu'on est avec les enfants. Dans certaines situations difficiles, les gens prennent de plus gros risques et les enfants se voient confier des responsabilités qui ne sont pas de leur âge. Je pense qu'il faut voir également le genre de surveillance dont les enfants font l'objet ou l'aide qu'on leur donne pour faire l'apprentissage de la vie.

Mme Clancy: Autrement dit, il est pertinent de mentionner les enfants porte-clé et la carence de garderies.

M. Drown: Si vous considérez le nombre de places disponibles dans les garderies et le nombre d'enfants qu'on y trouve, c'est un problème qui mérite certainement notre attention. Si les deux parents travaillent parce qu'ils y sont obligés, pas parce qu'ils le souhaitent—et je pense que dans les quartiers pauvres,

[Texte]

Mrs. Clancy: Sometimes it is okay if it is choice too.

Mr. Drown: That is right.

Mrs. Clancy: I have two other brief questions. Following up on something that Ms Greene mentioned on the question of alcohol and its relation to child injuries, I am presuming again, although you have said you have not done research in this particular area, that given what we know about alcohol in relation to car accidents, there is a relationship there as well.

Dr. Avard: Yes. There are figures in our book where we show, particularly for the adolescent, the car accidents in relation to the blood-alcohol level. About 50% of the youth aged 15 to 19 who were involved in fatal car accidents had a blood-alcohol level above the accepted limits. However, we could also say 50% did not. We also need to think of what it is that is happening. Is it risk? Is it speed? Is it inexperience?

Mrs. Clancy: On the question of infant mortality, you mentioned earlier in response to Dr. Pagtakhan that native children seem to fare at the same rate as non-native in the first month of life. When you look at infant mortality rates for Canada as a whole, to what age do you consider infant mortality? Is it from birth to a year?

Dr. Avard: That is right, yes. It is from age zero and it has to be a live birth. Infant mortality does not contain stillbirths.

• 0945

Mrs. Clancy: Right. Does the disproportion between native and non-native children occur in the subsequent 11 months? Is that what drives our infant mortality rates up so high?

Dr. Avard: That is what I was talking about. We are going back to the environment, and the main cause of illnesses that lead to death in that age group are diseases of the respiratory system. We are facing the pneumonias, the gastrointestinal—that is not respiratory. It is the infectious diseases. . . One of the parallels I drew in the book is that these children experience the same health problems as those in developing countries.

Mrs. Clancy: Thank you very much.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Thank you for your presentation, although I must admit it is distressing and depressing.

In another context you referred to government policy neglecting children. Could you comment on how you see

[Traduction]

s'ils le font, ce n'est pas par choix, mais par nécessité—c'est là aussi un facteur à prendre en ligne de compte.

Mme Clancy: S'il s'agit d'un choix, ce n'est pas nécessairement mauvais.

M. Drown: C'est vrai.

Mme Clancy: J'ai deux autres brèves questions. Pour faire suite à ce qu'a dit M^{me} Greene sur la relation de cause à effet entre l'usage de l'alcool et les blessures que subissent les enfants, vous avez dit que vous n'aviez pas fait de recherche dans ce domaine, mais je suppose que là aussi il existe une relation de cause à effet, étant donné ce que nous savons sur l'alcool et les accidents automobiles.

Mme Avard: En effet. Dans notre ouvrage figurent certains chiffres qui indiquent la relation entre les accidents automobiles et le taux d'alcool dans le sang, en particulier chez les adolescents. Dans 50 p. 100 des cas d'accidents automobiles mortels chez des jeunes âgés de 15 à 19 ans, le taux d'alcool dépassait la limite permise. On aurait toutefois pu dire que pour 50 p. 100 d'entre eux, ce n'était pas le cas. Il faut également voir quels sont les facteurs auxquels l'accident est imputable. Avaient-ils pris des risques? Allaient-ils trop vite? Manquaient-ils d'expérience?

Mme Clancy: En réponse à une question de M. Pagtakhan sur la mortalité infantile, vous avez dit tout à l'heure que, pendant le premier mois d'existence, le taux était le même chez les autochtones que chez les autres Canadiens. Quand vous parlez de taux de mortalité infantile pour l'ensemble du Canada, ce taux est calculé comment? De la naissance jusqu'à un an?

Mme Avard: Effectivement, c'est à partir de la naissance, et il faut que l'enfant soit né vivant car le taux de mortalité infantile n'inclut pas les enfants morts-nés.

Mme Clancy: Bon. Est-ce que la différence entre les petits autochtones et les autres petits Canadiens se constate dans les 11 mois qui suivent? C'est pour cette raison que le taux de mortalité infantile est si élevé?

Mme Avard: C'est précisément ce dont je parlais. Il faut revenir à l'environnement et, dans cette catégorie d'âge, les principales maladies susceptibles d'entraîner la mort sont des maladies du système respiratoire—pneumonies, maladies gastro-intestinales—ces dernières ne sont pas des maladies du système respiratoire. Il y a les maladies contagieuses. . . Dans notre ouvrage, nous faisons un parallèle entre les problèmes de santé dont souffrent ces enfants et les enfants des pays en voie de développement.

Mme Clancy: Je vous remercie.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Je vous remercie de votre exposé, que j'ai tout de même trouvé troublant et déprimant.

Dans un contexte différent, vous avez dit que les politiques gouvernementales négligeaient les enfants.

[Text]

the commitment of our governments, federal and provincial, to children, especially to poor children? Would you elaborate on whether or not our governments are in fact neglecting children?

Mr. Drown: By default or by demand, we are neglecting the children. By "default and demand" I mean that looking after the problems of the elderly in recent years has demanded a great deal of the time and attention of public policy-makers. So, in defence of what has gone on, there have been some very large diversions.

To correct that imbalance requires equal and appropriate attention by governments at every level. I would not limit it to the provincial and federal levels, I would include the municipal levels in this. When we talk about issues that surround injury, deaths and infant mortality, we have effective services that are controlled in some respects by municipal-level governments.

I would characterize it as a demand that has caused us a momentary diversion for far too long. We must now come back to looking at the continuum of life and address the issues of children at those levels by putting specified focus within each of them. I cannot give you the history precisely, but over the years we have looked at offices of maternal and child health, and they have had varying degrees of attention at all levels. I think we have to look for some consistency in policy. Why should we not have a similar look at children's issues across the country?

It does not seem to cross party lines or governmental lines inappropriately. You can do what you want with funding and transfers and all of this, but to consistently address public policy as we do statistics would be a big step forward. Let us talk about children and let us talk about them in the same way across the country and at all levels of government. That is where the neglect has occurred and where leadership is required.

Mr. Axworthy: That is an interesting point. It is one we keep hearing about and one that is a particular concern of mine—it seems that the system is not really a system at all. There is nobody directing it, nobody at the helm, and it is all a bit haphazard. Across the country we have wide discrepancies which are not only unacceptable, but may indeed contravene the spirit of the Health Act if not the act itself.

Our role is to concentrate on what the federal government can do or what the federal role can be in all of this. Could you elaborate a little on what you think the federal government's role should be in ensuring more equal access, more equal health status across the country, particularly for children?

[Translation]

Pourriez-vous nous dire le genre de mesures que nos gouvernements, fédéral et provinciaux, pourraient prendre en faveur des enfants, et des enfants pauvres en particulier? Pourriez-vous nous montrer si effectivement nos gouvernements négligent les enfants?

M. Drown: Nous négligeons les enfants, par défaut ou par exigence. J'entends par là que les décideurs publics ont dû consacrer beaucoup de temps et d'attention aux problèmes des personnes âgées au cours des dernières années. Si nous avons toléré trop longtemps cet état de chose, c'est que nous avons été distraits par d'autres problèmes importants.

Pour redresser ce déséquilibre, il faut que tous les gouvernements à chaque niveau y apportent la même attention appropriée. Et je ne veux pas simplement parler du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux, mais aussi des administrations municipales. Lorsque l'on parle de problèmes relatifs aux blessures, aux décès et à la mortalité infantile, il existe des services efficaces qui relèvent dans une certaine mesure des administrations municipales.

Je considère cela comme une exigence qui nous a caché la réalité pendant trop longtemps. Il faut désormais regarder la vie telle qu'elle se déroule et étudier les problèmes des enfants à chaque niveau, en précisant chacun d'entre eux. Je ne veux pas vous faire un historique en l'occurrence, mais au fil des ans, nous avons vu les soins aux mères et aux enfants recevoir une attention différente à chacun des niveaux. Je pense que nous devrions avoir une politique logique. Pourquoi ne pas voir de la même façon les problèmes des enfants canadiens, quel que soit leur lieu de résidence?

La question de partisanerie ou de politique gouvernementale ne semble pas entrer en jeu. Vous pouvez faire ce que vous voulez pour ce qui est du financement et des paiements de transfert, mais ce serait déjà un grand pas en avant si vous adoptiez pour la politique publique la même démarche que nous en statistique. Il faudrait que tous les gouvernements considèrent de la même façon les problèmes des enfants, quel que soit leur lieu de résidence, car c'est ainsi qu'ils ont été négligés et c'est pourquoi nous avons besoin d'un chef de file.

M. Axworthy: C'est un point intéressant. C'est le genre d'argument que l'on entend fréquemment et c'est un argument qui m'intéresse particulièrement, à savoir que nous n'avons pas vraiment de système. C'est un système qui n'est pas chapeauté, il n'y a personne à la barre et il fonctionne au petit bonheur. Il existe dans notre pays des écarts considérables tout à fait inacceptables, qui vont d'ailleurs à l'encontre de l'esprit, sinon de la lettre, de la Loi canadienne sur la santé.

Notre rôle est de nous attacher à ce que le gouvernement fédéral peut faire et ce qu'il doit faire à cet égard. Pourriez-vous préciser davantage ce que le gouvernement fédéral devrait faire pour assurer un accès plus équitable et des conditions de santé plus équitables dans tous les pays, en particulier pour les enfants?

[Texte]

Dr. Avard: What we try to do by actually compiling this information is to get a sense of what is going on. As an example of why we argue that governments have not done enough, if you wanted to get a picture of the health situation of children in Canada, you could not. We undertook this venture to try to solve that problem. The next step, once you have the information, is to become aware of it and know what it is saying. This type of information should become an ongoing process. We should not have this happen just once and then 10, 15 years from now relive the—

• 0950

Mr. Drown: I would like to return to an earlier comment about conferencing on the matter. I think we see it as a necessity for greater expenditure of time and energy than that, but indeed that might be one component of it. I will go back to the earlier statement of focus with secretariat, focus with minister responsible for—come back to the issue repeatedly, do not drop it. Look across the country, not just segmentally. If federal leadership and concern are there, they should look across this country to see what is out there. As Denise has very appropriately stated, I think we are all learning that across this country there are peaks and valleys which we look at regionally, but we need to look at them nationally.

Look at it, a primary focus that can come back to the issue, and then begin to set policy. I would relate policy to objectives that indeed could be transmitted down. If you do not control the activity, then set an objective of what might be a reasonable thought.

Mr. Axworthy: We do not really have a mechanism for that, though, do we?

Dr. Avard: No.

Mr. Axworthy: With regard to aging, we heard just a couple of weeks ago that the federal government needs not only to develop that policy umbrella but also to enforce it in some way. Do you have any sense of how that might be done?

Dr. Avard: We would need a mechanism. One call that we made was to have a person, a ministry, a section, a directory that would just speak to this issue. So you need to create something in a bureaucracy which has a formal definition of itself for children.

Mr. Drown: Let us look at motor vehicle issues and things that you may have the opportunity to comment on, standards. If legislation became an issue with regard to the automobile, could we not look at something federally which would influence how cars are controlled, manufactured—safety devices, things like that? I would encourage your examination of those areas where indeed there already exists federal control, on those things that impact on children's health.

[Traduction]

Mme Avard: Si nous recueillons toutes ces informations, c'est pour faire le point de la situation. Si nous disons que les gouvernements n'en font pas suffisamment, c'est qu'il est impossible de faire le point sur l'état de santé des enfants canadiens. Nous avons pris cette initiative pour essayer de résoudre ce problème. Une fois que nous aurons en main ces informations, il faudra en prendre conscience et savoir les interpréter. Il devrait s'agir d'une information permanente. Il ne faudrait pas que ce soit juste une fois, et qu'ensuite au bout de 10 ou 15 ans on reprenne. . .

M. Drown: J'aimerais revenir à une précédente remarque faite au sujet de l'organisation de conférences sur la question. Nous estimons qu'il faut consacrer plus de temps et d'énergie à la question, mais que cela pourrait en constituer un élément. Je reviens à ce qu'on a dit tout à l'heure, la nécessité d'une bonne synchronisation avec le secrétariat et avec le ministre responsable, de relancer sans cesse la question et de ne pas la laisser tomber. Il faut considérer l'ensemble du pays et pas seulement des segments. Si le gouvernement fédéral se préoccupe vraiment de la question et veut faire preuve de leadership, il faut qu'il aille voir dans tout le pays ce qui se passe. Comme l'a très bien dit Denise, je pense que nous nous rendons tous compte qu'il y a dans ce pays des hauts et des bas que nous étudions sur le plan régional, mais qu'il faut considérer sur le plan national.

Il faut donc d'abord se pencher sur la question, puis élaborer une politique. J'axerai la politique sur des objectifs qui peuvent effectivement se transmettre vers le bas. Si l'on ne contrôle pas l'activité, il faut se fixer un objectif correspondant à quelque chose de raisonnable.

M. Axworthy: Nous n'avons pas vraiment de mécanisme pour cela, n'est-ce pas?

Mme Avard: Non.

M. Axworthy: Au sujet du vieillissement, nous avons entendu dire il y a une quinzaine de jours que le gouvernement fédéral ne devait pas seulement établir ce cadre de politique générale mais le faire respecter. Avez-vous une idée de la façon dont il pourrait procéder?

Mme Avard: Il faudrait un mécanisme. Nous avons demandé à ce qu'une personne, un ministère, une section, un répertoire, soit consacré à cette question. Il faut donc créer quelque chose dans une bureaucratie avec une définition officielle pour les enfants.

M. Drown: Prenons les questions de véhicules automobiles et les choses sur lesquelles vous pouvez intervenir, les normes. Si l'on soulevait la question de la législation concernant les automobiles, ne pourrions-nous pas envisager quelque chose au plan fédéral pour influencer sur la façon dont on contrôle ou on fabrique les automobiles—des dispositifs de sécurité, des choses comme ça? Je vous encouragerais à étudier ces domaines où il y a déjà un certain contrôle fédéral et à voir cela sous l'angle de la santé des enfants.

[Text]

I am being speculative, but I would say where you control transfer payments with regard to health... I understand the difficulties in terms of creating policy around that. If there were opportunities to deal with legislation on drinking and driving and the manufacture of automobiles, I would say maybe that is a place to start.

Mr. Cole (York—Simcoe): One statement that you made, Dr. Avard, really causes great concern, because it is a statement that I think is used quite readily in society in general. You were talking about equality of health care, "that there is no cost to the individual". Those are your words. I think in reality that is not the case at all. I think there is substantial cost to the individual and I think we have to make the public aware of that. I think those kinds of statements, coming from a person of your stature, really should be looked at before the statement is made. I think it is a major factor that we have to look at. There is a major cost to individuals across this country.

One of the things that bothers me about the presentation, as I look at it, is the reference to statistics—it is worse here, it is worse there, it is worse everywhere else. Yet we know that this is probably the best system of health care in the world. But all I see is a bunch of negative statements. I would like to see the positive things mentioned in the statistics. Are these statistics showing this because it has improved in certain areas and as a result the percentages are down, or is it because it is a lousy system? I can conclude either from the statistics that you are using, because you are basing it on percentages. I do not think that is really fair to the system, from what I am hearing about the system. I think it does deserve some explanation from you, because you have made this presentation using these facts.

• 0955

The other thing that concerns me very greatly—I have heard it quite extensively and I have heard it again from you today—is with regard to the health of children, the care of children, particularly accidents involving children, and we say it should be a municipal government role, it should be provincial government, maybe it should be federal government. The one group that I have not heard you say has any responsibility for this is the parents. Where does the parent fit into the picture? Does the parent not have the major responsibility? You have not addressed that, or even suggested it.

I have made some comments and there were some questions thrown in. Maybe I could have your response.

Dr. Avard: Referring to your first comment about the cost to the individual, when I was saying there is no cost to the individual I was talking about the actual hospitalization. There might be some variations by province, but I was using that in a generic sense, that because of our national health system this is what we are trying to redress, an imbalance where some people might

[Translation]

C'est un peu de la spéculation, mais dans la mesure où vous contrôlez les paiements de transfert en matière de santé... Je comprends bien les problèmes que pose la création d'une politique autour de cela. S'il y avait une possibilité d'intervention au niveau de la législation sur la conduite en état d'ivresse et la fabrication des automobiles, ce serait peut-être un point de départ.

M. Cole (York—Simcoe): L'une de vos affirmations, madame Avard, me préoccupe, car c'est quelque chose qu'on entend à tout propos dans la société. Vous disiez à propos de l'égalité des soins que «cela ne coûte rien à l'individu». C'est ce que vous avez dit. En réalité, je crois que ce n'est pas du tout le cas. Je crois que cela coûte très cher aux particuliers et qu'il faut bien le faire comprendre au public. Je pense qu'une personne de votre qualité devrait vraiment réfléchir à ce genre de déclaration avant de la faire. C'est quelque chose d'important à étudier. Cela coûte très cher aux particuliers.

Ce qui me préoccupe dans votre exposé, c'est ce que vous dites à propos des statistiques: c'est pire ici, c'est pire là, c'est pire partout. Pourtant, nous savons que nous avons probablement le meilleur système de santé du monde. Or, tout ce que je vois, ce n'est qu'un tissu d'affirmations négatives. J'aimerais bien trouver quelque chose de positif dans les statistiques. Est-ce que ces statistiques signifient que certains pourcentages ont baissé parce qu'on a apporté des améliorations dans certains domaines, ou signifient-elles que nous avons un système lamentable? On peut aussi bien tirer l'une ou l'autre de ces conclusions de vos statistiques, car vous vous fondez sur des pourcentages. D'après ce que j'entends dire du système, je trouve que ce n'est pas juste. Il faudrait vous expliquer puisque vous vous êtes servi de ces faits pour votre exposé.

Ce qui me chagrine aussi beaucoup, c'est ce que j'entends dire un peu partout et que vous avez repris aujourd'hui au sujet de la santé des enfants, des soins apportés aux enfants, en particulier dans le cas des accidents, à savoir que cela devrait être une responsabilité de l'administration municipale ou provinciale ou fédérale. Le seul groupe dont vous n'avez pas mentionné la responsabilité, c'est celui des parents. Quelle est la place des parents là-dedans? N'ont-ils pas la plus grande responsabilité? Vous n'en avez pas parlé, vous n'y avez même pas fait allusion.

J'ai fait quelques commentaires et posé quelques questions. Nous pourrions peut-être entendre votre réponse.

Mme Avard: En ce qui concerne votre première remarque au sujet du coût pour l'individu, quand je dis qu'il n'y a pas de coût pour l'individu, je parle de l'hospitalisation elle-même. Il peut y avoir des variations d'une province à l'autre, mais je disais simplement en termes génériques que, c'est ce que nous essayons de rectifier dans notre système de santé nationale, ce

[Texte]

not have access to certain care because they cannot afford it. That was really the point I wanted to make relating to cost.

On the negative statement, I think I am sympathetic to this remark you are making in that this paper could be written with a very different thrust, saying look at how great we are, look at what we have done, look at the decreases over time, but I think that way there is also a risk with that type of approach that we pat ourselves on the back and say it was because of our health care system, or it was because of a certain... whereas I think by drawing attention not so much to the negatives but the fact that we would like to improve this, then that is the reason why, let us call them the negatives or the differences, they were brought out.

I think as legislators, as people representing the population, we are trying to reduce inequalities as much as possible. There is a sense of social justice and for that reason inequalities are perhaps not acceptable. They are going down for everybody. They are going down for the aboriginal children, for the poor children, but they are also going down for those who are more affluent, for all Canadians, for all developed countries.

Philosophically I follow your statement and I agree with it, and I think what I am trying to do is draw attention to areas where we could make some improvements. I am not saying that this country has done the wrong things, but we could do better. That is the thrust I am trying to make.

The role of parents did not come up in this brief, but certainly we see the role of parents the same way that we see the role of other community workers, the same way that we see the role of the health care service. To say that parents have 50% or the overwhelming responsibility for the health of their children... I think there are a lot of situations that parents do not control. If they live in poverty I do not know how we could say it is their responsibility, or the fact that both parents are working and that the child has to come home on its own, that is their responsibility. We do not have day care, in a sense facilities that would perhaps redress that imbalance.

I think what we are advocating is let us support the parents. Parents are responsible, most parents are very responsible, so I would not doubt that.

Mr. Drown: I think you will also find that what we have is the family structure. The lone parent has changed dramatically over the years, and we have to come to a better understanding of what unit it is we are talking about in terms of supporting them, providing them with the opportunities to parent in a way that can really support children as we see they need to be supported. I think if there is any dynamic that is changing rapidly and is somewhat not fully understood, it is the family structure in which our children live.

Mr. Cole: Following up on that then, to improve child accident rates, child health in general, would it not be

[Traduction]

déséquilibre qui fait que certaines personnes ne peuvent pas avoir accès à certains soins parce qu'elles n'en ont pas les moyens. C'est cela que j'ai essayé de dire à propos du coût.

Pour ce qui est de l'attitude négative, je comprends parfaitement votre remarque car notre document pourrait effectivement être rédigé sous un angle complètement différent et dire que nous sommes les meilleurs, que nous avons fait des choses extraordinaires, que telle ou telle chose a diminué, mais je crains qu'avec ce genre d'approche nous ayons tendance à nous endormir sur nos lauriers et à dire que c'est le système qui est responsable ou autre chose... alors que je pense que nous avons attiré l'attention non pas tellement sur les aspects négatifs mais sur, disons, les différences ou ce que nous pourrions améliorer.

Je pense que les législateurs qui représentent la population essaient de réduire le plus possible les inégalités. Nous avons un sens de la justice sociale et nous voulons lutter contre les inégalités. Nous les faisons régresser. Elles diminuent pour les enfants des autochtones, pour les enfants des pauvres, mais elles diminuent aussi pour les gens plus riches, pour tous les Canadiens, pour tous les pays développés.

Je vous suis très bien sur le plan philosophique et je suis bien d'accord, mais j'essaie simplement de montrer où nous pourrions apporter des améliorations au système. Cela ne veut pas dire que notre pays fait fausse route, mais simplement que nous pourrions mieux faire. Voilà ce que j'ai essayé de dire.

Nous n'avons pas mentionné les parents dans ce mémoire, mais il est certain qu'ils ont un rôle à jouer comme les autres travailleurs de la collectivité, comme les services de santé. Dire que les parents ont 50 p. 100 ou une partie écrasante de la responsabilité de la santé de leurs enfants... je crois que, dans bien des cas, ils ne contrôlent pas les enfants. Je ne vois pas comment on peut attribuer cette responsabilité à des parents qui vivent dans la pauvreté ou qui travaillent tous les deux pendant que l'enfant entre tout seul à la maison. Nous manquons de garderies. Si nous en avions, cela permettrait peut-être de rectifier un peu ce déséquilibre.

Ce que nous disons, c'est qu'il faut aider les parents. Les parents sont responsables, la plupart d'entre eux sont extrêmement responsables, je n'en doute nullement.

M. Drown: Il y a aussi la structure de la famille. Le parent célibataire a considérablement évolué au fil des ans, et nous devons apprendre à mieux comprendre sa situation quand nous parlons de l'aider à donner à ses enfants toute l'aide dont ils ont besoin. Je crois que s'il y a une dynamique qui évolue très vite et que nous ne comprenons pas parfaitement, c'est celle de la structure familiale dans laquelle vivent nos enfants.

M. Cole: À ce sujet, pour diminuer le risque d'accident chez les enfants et améliorer la santé des enfants en

[Text]

very critical for us and for your organization, for anyone involved and interested, to be educating the parents as to their responsibilities and their direct involvement with their family, taking some of that responsibility and saying: You have to make sure your kid does not run out from between parked cars; you have to make sure that you put the safety belts on the kid in the car, etc.?

• 1000

Mr. Drown: In the area of infant restraint, clearly you need to make the importance evident to people, and education is there. With regard to darting in between parked cars, it is very difficult for parents, putting their children out in the play space they have available, to anticipate some of those actions, and we get into a situation where we have to be careful not to blame the victim of circumstance for what they find themselves in.

In some areas I would agree. You can put education and information in front of people; you can help them understand the dynamics of this far better than we can. We need seat-belt legislation perhaps to reinforce a legislative mandate towards use of these things, but in some areas the best education of parents will not prevent the injuries their children are subjected to. It has to be a part of it, but it certainly will not address it in total.

Mr. Halliday (Oxford): I have three or four questions of a quick nature. I want to welcome our witnesses today. What is the source of funding for the institute?

Mr. Drown: We rely basically on the sale of the educational publications we make. We have grants and endowments. We started originally by grants and endowments from the Hospital for Sick Children and some benefactors that way. Beyond that, we struggle for grant funding and then support as we can to keep in action.

Mr. Halliday: Given the fact that you have emphasized the problem of motor vehicle accidents, how do you feel about the wisdom of school buses stopping on the travelled portion of the highway to let kids on and off? In relation to that, how do you feel about that as a way to teach kids good highway safety when they are crossing the roads, to think they are safe to go across because a bus is stopped with the red lights flashing? Do you think they should stop on the travelled portion of the road? Is that a good safety technique?

Dr. Avard: We have not studied that question, and for the institute to speak in terms of whether they should or should not. . . As I say, as of now we have not addressed that. That is something that should happen in unison with people. Engineers and researchers who have studied more the dynamics of how the actual accidents happen, I think,

[Translation]

général, ne serait-il pas essentiel que nous, que votre organisation, que tous ceux qui s'intéressent à la question éduquent les parents et leur fassent prendre pleinement conscience de leurs responsabilités et de leur rôle direct auprès de leur famille, leur fassent assumer une partie de ces responsabilités en leur disant: c'est à vous d'apprendre à votre enfant à ne pas jaillir dans la rue de derrière une voiture stationnée, c'est à vous de veiller à ce que votre enfant mette sa ceinture de sécurité dans votre voiture, etc.?

M. Drown: Il est certain qu'il faut faire comprendre aux gens que c'est à eux d'empêcher les enfants de faire certaines choses, et c'est à cela que sert l'éducation. Il est cependant très difficile pour des parents qui laissent jouer leurs enfants là où ils le peuvent de les empêcher de se précipiter dans la rue ou d'anticiper ce genre de choses, et il faut à cet égard faire bien attention à ne pas faire porter toute la responsabilité aux victimes.

Je suis d'accord pour certaines choses. Vous pouvez éduquer et informer tous les gens; vous pouvez les aider à comprendre cette dynamique beaucoup mieux que nous. Nous avons peut-être besoin d'une législation sur les ceintures de sécurité pour faire respecter certains principes d'utilisation de ces ceintures, mais dans certains cas, on aura beau éduquer tant qu'on voudra les parents, cela n'empêchera pas leurs enfants d'avoir des accidents. C'est un aspect de la question, mais cela ne règle pas tout.

M. Halliday (Oxford): J'ai trois ou quatre brèves questions. Je voudrais tout d'abord saluer nos témoins. Qui finance l'institut?

M. Drown: C'est surtout la vente de nos publications éducatives. Nous avons aussi des subventions. Initialement, nous avons commencé avec des subventions et des dons de l'Hôpital pour enfants malades et d'autres bienfaiteurs. Nous essayons d'obtenir diverses subventions et diverses formes de soutien pour suivre notre action.

M. Halliday: Étant donné que vous insistez surtout sur le problème des accidents d'automobiles, trouvez-vous que ce soit une bonne chose que les autobus scolaires s'arrêtent au beau milieu de la circulation pour faire monter ou descendre des enfants? Et dans le même ordre d'idée, trouvez-vous que ce soit une bonne façon d'apprendre aux enfants à être prudents sur la route que de leur donner l'impression qu'ils peuvent traverser en toute sécurité simplement parce que l'autobus s'est arrêté et que ses feux rouges clignotent? Trouvez-vous normal que les autobus s'arrêtent sur la voie de circulation; vous trouvez que c'est satisfaisant sur le plan de la sécurité?

Mme Avard: Nous n'avons pas étudié cette question, et je ne sais pas si c'est à l'institut de dire s'il faudrait ou s'il ne faudrait pas. . . Encore une fois, nous ne nous sommes pas penchés sur cette question. Il faudrait la soulever avec les gens. Les ingénieurs et les chercheurs qui ont approfondi la dynamique des accidents devraient pouvoir

[Texte]

could address that. I do not think we can answer that at the moment.

Mr. Halliday: Inasmuch as it is an important issue, maybe you might want to provoke other groups into studying it with you.

Mr. Drown: Similarly, I think the use of seat-belts in school buses and the like would be of concern to us.

Mr. Halliday: You talked about the various matters that affect birth weights and early infant development and so on, the involvement of poverty and how that is related to it, and alcohol. You have also touched on literacy inasmuch as on page 3 you mention how mothers with little education do have infants with lower birth weight and more prematures and so on.

In the course of your studies, what is the relationship of low intelligence quotient or innate intelligence to all these issues, to the ability to educate a mother or the ability to keep somebody out of poverty? There is no mention in here at all in your brief of low intelligence quotient, which all people have a varying degree of. What is the connection of that to this kind of health problem?

Dr. Avard: I think that is not the way to address the problem in that some people will look for models to try to explain why people live in poverty. I think the explanation for why people live in poverty and why people live in more affluent conditions is that it is a cycle. If you happen to be from an environment that helps you, you usually move from there further on.

The explanation of an intelligence quotient, I think, is not one that will help solve the problem. I do not think what you are seeing with the data related to mothers' education reflects intelligence. I think it reflects circumstances, that these mothers probably dropped out of school because of pregnancy.

Mr. Halliday: I acknowledge that circumstances have a big bearing on it, but I am asking you what bearing intelligence quotient has on all these factors? Surely that has been studied; and if you have not done that, maybe that is something you should look at. What is the effect of intelligence quotient on issues of poverty and education that we are concerned about?

Ms Greene: There is a correlation between education and poverty, but there is not between intelligence and poverty. You can take children who have a very low poverty background, if you get them from an early age, and improve their ability in school and so on, and they will score higher on intelligence tests.

Mr. Cole: Let us hear from the witnesses.

Ms Greene: I am sorry.

Mr. Drown: We are not in a position to comment on that with regard—

[Traduction]

répondre à votre question. Mais je ne pense pas que nous puissions le faire maintenant.

M. Halliday: Dans la mesure où c'est une question importante, vous pourriez peut-être inciter d'autres groupes à y réfléchir avec vous.

M. Drown: Je pense de même que nous pourrions nous préoccuper de l'utilisation des ceintures de sécurité dans les autobus scolaires et de ce genre de choses.

M. Halliday: Vous avez évoqué les divers facteurs qui influent sur le poids à la naissance et le développement des bébés, etc., de l'incidence de la pauvreté et de l'alcool. Vous avez aussi fait allusion à l'alphabetisation puisque vous dites, à la page 3, que les mères peu éduquées ont des bébés qui pèsent moins à la naissance et plus de prématurés, etc.

D'après vos études, quel est le rapport entre un faible quotient intellectuel ou l'intelligence innée et toutes ces questions, l'aptitude d'une mère à s'éduquer ou la possibilité de se sortir de la pauvreté? Vous ne parlez pas du tout de faible quotient intellectuel dans votre mémoire, alors que les gens ont des degrés d'intelligence variables. Quel est le lien avec ces problèmes de santé?

Mme Avard: Je pense qu'il y a des gens qui cherchent à expliquer la pauvreté avec des modèles, et que ce n'est pas la bonne façon d'aborder le problème. À mon avis, le fait que les gens vivent dans la pauvreté ou soient prospères dépend d'un cycle. Si vous venez d'un milieu qui vous a aidé, en général vous pouvez progresser.

Je ne pense pas que ce soit en invoquant le quotient intellectuel qu'on résoudra le problème. Les données sur l'éducation de la mère n'ont rien à voir avec l'intelligence, à mon avis. Je crois que c'est une question de circonstances, que ces mères ont probablement quitté l'école parce qu'elles étaient enceintes.

M. Halliday: Je veux bien que les circonstances comptent pour beaucoup, mais je vous demande quelle influence le quotient intellectuel peut avoir sur tout cela? C'est une question qu'on a bien dû étudier, et si vous ne l'avez pas fait, vous devriez peut-être le faire. Quel est le rapport entre le quotient intellectuel et le problème de pauvreté et d'éducation dont nous nous préoccupons?

Mme Greene: Il y a une corrélation entre éducation et pauvreté, mais pas entre intelligence et pauvreté. Si vous commencez très tôt à donner une éducation à des enfants venus d'un milieu très pauvre, ils vont obtenir un meilleur résultat aux tests d'intelligence.

M. Cole: Laissons parler les témoins.

Mme Greene: Excusez-moi.

M. Drown: Nous ne pouvons pas nous prononcer là-dessus. . .

[Text]

[Translation]

• 1005

Mr. Halliday: Have you conducted any research on that subject?

Mr. Drown: My only comment is that if you examine the coping skills of people living in poverty, an observation might be that they must have a lot of intelligence in order to survive. That is a fallacious comment in response to a serious question and I apologise.

Mr. Halliday: With regard to the your suggestion on a shift in emphasis, perhaps implying the whole issue of funding, which is one of our main terms of reference and which you have not addressed in your brief, you also said we must rethink where money is going and mentioned quality of life.

Could you, as witnesses, place yourselves in the position of the parents of that two-year-old child with a cardiac defect who died a few hours before it was due to undergo a subsequent operation, allegedly delayed due to lack of ability to pay for nurses and to a lack of availability? How would you feel about that? This also applies to my colleagues at the table.

Would you like to see more money shifted from those tertiary care hospitals and to see your child, who was suffering from a cardiac defect, left to die because not enough funding was available for its care? We as individuals have to think about that. Tertiary hospitals are the whipping boys for health promotion and while I am in favour of health promotion and have been for thirty or forty years, a funding problem enters into the situation.

In your rethinking of the emphasis, are you suggesting that we should be shifting funds from tertiary care hospitals to education, in order to help to prevent this problem that involves children? Are you thus advocating allowing these children to die because of lack of support staff in our hospitals?

Mr. Drown: We are absolutely not suggesting that children would die as a result of transfer of funding.

I made a statement about an investment cost. If I wanted to change the outcome of our view of health I would make a substantial investment cost in shifting from the current practice to the other approach. In an ideal world, I would not take from the current practice and give it to the other. I would shift that money with an investment that would result in lowered costs to greater numbers, having the affect of better outcomes.

We would not need as much tertiary care if we implemented the more preventive approaches. I hesitate to call them preventive, because we are talking about fundamental changes in and reshaping of attitudes and lifestyles that have to be dealt with in a variety of ways, not simply by shifting money from a hospital to, for instance, the public health sector. It is more complicated,

M. Halliday: Vous avez fait des recherches sur la question?

M. Drown: Je me contenterais de dire que quand on voit des gens se débattre dans la pauvreté, on peut conclure qu'ils font preuve d'une sérieuse intelligence pour réussir à s'en sortir. C'est une réponse fantaisiste à une question sérieuse, et je m'en excuse.

M. Halliday: Quand vous avez parlé de déplacer les priorités, en sous-entendant peut-être toute la question du financement, qui constitue l'un des principaux aspects de notre mandat dont vous n'avez pas parlé dans votre mémoire, vous avez suggéré qu'il fallait repenser la façon d'utiliser l'argent et vous avez évoqué la qualité de la vie.

Pourriez-vous, en tant que témoins, vous mettre dans la situation des parents de cet enfant de deux ans qui avait une déficience cardiaque et qui est mort quelques heures avant de devoir subir une nouvelle opération, apparemment, parce qu'on ne pouvait pas payer les infirmières et qu'on en manquait? Qu'en pensez-vous? La question s'adresse aussi à mes collègues à cette table.

Préféreriez-vous qu'on retire encore de l'argent à ces hôpitaux de soins tertiaires et qu'on laisse mourir votre enfant, victime d'une déficience cardiaque, faute de crédits suffisants pour le soigner? C'est une question que nous devons nous poser à titre individuel. Les hôpitaux tertiaires sont les boucs émissaires de la promotion de la santé et, tout en étant favorable à cette promotion depuis 30 ou 40 ans, j'estime qu'il y a quand même un problème de financement.

Quand vous pensez qu'il faut remanier les priorités, estimez-vous qu'il faudrait retirer ces fonds à ces hôpitaux de soins tertiaires pour les consacrer à l'éducation afin d'éviter ces problèmes avec les enfants? Et estimez-vous dans ces conditions qu'on doit laisser mourir les enfants à l'hôpital par manque de personnel de soutien?

M. Drown: Il n'est absolument pas question de laisser les enfants mourir à cause d'une redistribution des fonds.

J'ai parlé de coûts d'investissement. Si je voulais réorienter notre conception de la santé, je ferais un investissement considérable en passant de la pratique actuelle à une optique nouvelle. Dans un monde idéal, je ne puiserais pas dans ce que nous avons actuellement pour financer autre chose. Je déplacerais l'argent en réalisant un investissement qui permettrait de réduire les coûts pour un plus grand nombre de personnes et d'obtenir de meilleurs résultats.

Nous n'aurions pas besoin d'autant de soins tertiaires si nous appliquions des méthodes plus préventives. J'hésite à les qualifier de préventives, car il s'agit vraiment d'un remaniement fondamental et d'une restructuration complète des attitudes et des modes de vie dans toutes sortes de domaines, et pas simplement d'un transfert de crédits d'un hôpital vers, par exemple, le secteur de la

[Texte]

but with proper investment I think we can achieve that kind of result.

The issue with regard to dollars available for nursing care relates more to availability of nurses than to dollars to pay the nurses.

Ms Guarnieri (Mississauga East): I would very much like to believe there is not a member around this table who does not believe children are a country's most valuable resource. I certainly would hope there is not a member around this table who would begrudge spending money that might offset some of the arguments you have presented today.

You made reference in your presentation to the fact we could learn from some countries. Can you elaborate on what these countries are doing right, what initiatives they have taken, and why they are in a better position?

Dr. Avard: The countries we hear about during our review, in which we make comparisons between countries, drew our attention to differences between Canada's mortality rate for infants, for instance, compared with those of another country. To try to explain why that is so would be difficult, unless we intend to carry out an in-depth study of why Sweden, for instance, has a lower infant mortality rate.

But we know that we can look for certain indicators, such as the support mothers receive during pregnancy, the number of low birth weight babies, and the delivery of health systems. We could look at the delivery of the health system if we want to look at health care as perhaps being a factor that contributes to death.

• 1010

We then need to look at all the other dimensions that I made about the use of their security, whether it is on the roads for children, the school system, the day care. These are all intermingled.

Ms Guarnieri: You mention in your brief that the differences in death rates between provinces are not easily explained, and you conclude the paragraph by saying that at the moment we know very little to that effect and provinces should undertake reviews of these differences to try to explain why these inequalities exist.

To the best of your knowledge, do any comprehensive studies exist to address the inequalities, or are we severely lacking?

Dr. Avard: We are severely lacking in that information. This is the first time that information is becoming so visible, so that is going to create, hopefully, a reaction as to the why.

Mme Gabrielle Bertrand (députée de Brome—Missisquoi): Vous avez commencé à répondre à beaucoup de mes questions en répondant à celles de mes collègues.

[Traduction]

santé publique. C'est plus compliqué que cela, mais si l'on investit correctement, je pense qu'on peut obtenir ces résultats.

Pour ce qui est de la question des infirmiers et infirmières, je crois que c'est plus une question de disponibilité que de crédits pour les payer.

Mme Guarnieri (Mississauga-Est): J'aimerais vraiment pouvoir penser que pas un seul d'entre nous autour de cette table ne doute que nos enfants soient la ressource la plus précieuse de notre pays. J'espère sincèrement qu'aucun d'entre nous ici ne rechignerait à dépenser l'argent nécessaire pour régler un certain nombre des problèmes que vous nous avez soumis aujourd'hui.

Vous avez dit dans votre exposé que nous pouvions nous inspirer de l'expérience d'autres pays. Pourriez-vous nous dire ce que ces pays font de bien, quelles initiatives ils ont prises et pourquoi leur situation est meilleure que la nôtre?

Mme Avard: Dans notre étude, nous avons comparé des pays, nous nous sommes penchés sur les différences entre le taux de mortalité infantile au Canada, par exemple, et ce même taux dans d'autres pays. Il est difficile d'expliquer pourquoi la Suède, par exemple, a un taux de mortalité infantile inférieur au nôtre tant qu'on n'a pas fait une étude vraiment approfondie de cette question.

Nous savons cependant qu'il y a certains indices, comme l'aide dont bénéficient les mères durant leur grossesse, le nombre de bébés souffrant d'une insuffisance pondérale à la naissance et l'administration des soins. Nous pourrions revoir l'organisation du système de santé si nous croyons que la prestation des soins de santé contribue à la mortalité.

Il nous faut revoir tous les aspects de la sécurité des enfants, que ce soit sur les routes, dans les écoles ou dans les garderies. Tous ces aspects sont reliés.

Mme Guarnieri: Dans votre mémoire, vous dites que les différences dans le taux de mortalité entre les provinces s'explique difficilement, puis vous terminez le paragraphe en question en disant qu'en ce moment, nous connaissons très peu l'effet de ces différences et que les provinces devraient les examiner afin d'en trouver la raison.

Au meilleur de votre connaissance, y a-t-il eu des études exhaustives sur ces inégalités, ou n'avons-nous encore rien fait à cet égard?

Mme Avard: Rien n'a encore été fait. C'est la première fois que nous avons des données réelles sur ces inégalités et nous espérons qu'elles mèneront à des études pour en expliquer le pourquoi.

Mrs. Gabrielle Bertrand (Brome—Missisquoi): Many of the questions I had have been dealt with in part in the answers you have already given.

[Text]

On a beaucoup élaboré sur les responsabilités des diverses instances gouvernementales: municipale, provinciale et fédérale. Votre mémoire est très bien documenté et je vous en félicite. Ce qui me frappe dans ce que vous dites, c'est l'inégalité de l'accessibilité de certains services d'un bout à l'autre du pays.

On sait que des transferts de paiements se font aux provinces. C'est la péréquation. Toutes proportions gardées, chaque province n'a-t-elle pas les outils et l'argent nécessaires pour dispenser ces services?

Un mémoire comme le vôtre nous est utile. Nous pouvons vous répondre que nous avons adopté certaines politiques. Par exemple, notre politique sur le tabagisme sera excellente pour la santé de la population en général et celle des enfants en particulier. Nous avons aussi adopté une politique sur la réforme des allocations familiales et du crédit d'impôt pour que ce soit toujours les plus démunis qui en profitent.

Cependant, ne feriez-vous pas mieux de faire part de vos souhaits aux gouvernements provinciaux? Ce sont eux qui administrent. Nous, nous leur donnons le chèque, et c'est tout. On peut avoir de belles études, et nous avons quantité d'études sur tous les sujets sur nos pupitres, mais quand il s'agit d'appliquer des recommandations dans le domaine de la santé, ce sont uniquement les provinces qui sont responsables de la façon dont les soins sont dispensés et dont l'argent est dépensé.

Je voudrais avoir vos commentaires sur cela.

Dr Avard: Au début, je soulignais l'importance du fait que le service de santé n'équivaut pas à la santé. J'ai soulevé dans le communiqué les différences qui existent, mais ce ne sont pas des différences qui reflètent nécessairement les différences dans les services de santé. Ce sont des différences d'indicateurs. Le fait que le taux de mortalité est plus élevé dans une province ne veut pas dire que les soins aux enfants prématurés y sont moins accessibles. Ce n'est pas du tout le cas, et je n'ai pas fait cette relation. J'ai strictement donné de l'information sur certains indicateurs qui montrent des différences régionales selon le groupe ethnique et selon le revenu familial.

Est-ce que la répartition des fonds au niveau des provinces reflète la santé de la population? Ce n'est pas vraiment ce qu'on soulève ici, parce que chaque province doit ensuite administrer son budget. Il est vrai que c'est chaque province qui distribue ensuite cela selon les niveaux.

Nous ne disons pas qu'une relation services-santé est un indicateur. Nous disons qu'il y a des différences entre les provinces, entre les groupes ethniques, entre les familles défavorisées et les autres au point de vue de la qualité de vie ou de la mobilité.

Mme Bertrand: Donc, la santé n'a rien à voir avec la façon dont les soins sont dispensés, avec l'accessibilité des services ou avec le montant d'argent qui est dépensé dans la province. D'après vous, il n'y a pas de rapport entre ces choses.

[Translation]

Much was said about the responsibilities of the various levels of government: municipal, provincial and federal. Your brief was very well documented and I congratulate you for that. What strikes me about what you said are the differences in the availability of certain services from one part of the country to another.

We all know that the provinces receive transfer or equalization payments. Relatively speaking, does each province not have the tools and the money it needs to provide these services?

A brief such as yours is very useful to us. In answer to it, we can tell you that we have developed certain policies. Our anti-smoking legislation, for example, is very good for Canadians in general and children in particular. We have also reformed family allowances and tax credits to the benefit of the poorest Canadians.

Should you rather not be voicing your concerns to the provincial governments? They are the ones who are administering the system. All we do is give them a cheque. We can conduct all kinds of studies, and we have, but only the provinces can implement recommendations on health care since they are solely responsible for the manner in which health services are provided and funds are spent.

I would like to hear your comments on that.

Dr. Avard: I began by pointing out that health care does not equal health. In my brief, I mentioned the inequalities that exist, but these inequalities do not necessarily reflect differences in health services. They reflect differences in indicators. The fact that the mortality rate is higher in one province does not mean that the availability of care for premature babies is lower in that province. That is not the case, nor did I draw a relation between the two. I simply provided data on certain indicators that point to regional differences based on ethnicity and family income.

Does the fact that the government distribute funds to the provinces impact on the health of the population? That is not what we are implying because each province is responsible for administering and distributing the funds on the basis of need.

We are not saying that the relation between services and health is an indicator. We are saying that there are differences between provinces, ethnic groups and family income levels with regard to quality of life and morbidity.

Mrs. Bertrand: Then health has nothing to do with the way in which health care is provided, the availability of services or the amount of money that is spent on health care in each province. In your opinion, no relation can be drawn between any of these factors.

[Texte]

[Traduction]

• 1015

Dr. Avard: Je ne dis pas qu'il n'y a aucun rapport entre ces choses. Je dis qu'on n'a pas la réponse à cette question.

Mme Bertrand: Au Québec, on a les CLSC, les centres locaux de santé communautaire. Est-ce que cela existe dans les autres provinces? Je pense que c'est un médium intéressant entre l'hôpital et le patient, où l'on peut obtenir, non seulement des services de santé, mais aussi du counselling, du planning, etc.. Est-ce qu'il serait souhaitable que ce système existe dans les autres provinces?

Dr. Avard: Le Québec est vraiment l'une des provinces à l'avant-garde dans ce domaine. Cela répond à une des recommandations que je faisais au sujet d'une expansion des services primaires. Les CLSC jouent justement un rôle d'intermédiaire entre le centre hospitalier et la communauté.

Ici, en Ontario, on développe des districts de santé et communautaires. Il y a un mouvement dans cette direction. Si on avait à examiner un modèle, on pourrait se tourner vers le Québec où il y a quelque chose de très intéressant.

The Chairman: I feel that the transfer of payments is not necessarily equal to the transfer of responsibility nationally. I think we have to look at the fact that it is a nation, that we want to share the good things that we see, one with the other. The idea behind what you can do nationally is more than just the payment; it is the spirit of addressing the problem that we really also want to awaken, if we can.

Mrs. Bertrand: The action has to come from the provinces.

Mr. Drown: Indeed; we want to start that spark somewhere, we hope federally as well as locally.

The Chairman: Dr. Wilbee, please.

Mr. Wilbee (Delta): Welcome to our committee. As one who has lost a child in an accident, I appreciate the emphasis you have put on accidents in childhood.

In the past I have worked with Indian Health Services in northern British Columbia. We used to have what we called a "tea and oatmeal" syndrome. You would send a baby home from the hospital, as you have described, and three or four months later you would have a very pale, flabby baby come in with pneumonia.

We have just appointed you director of the Skeena Health Unit. You have given us seven points that would remedy some of these situations. What practical things could you do in order to prevent this vicious cycle? I think it emphasizes the fact of poverty in rural or country living and lack of facilities. What practical things can be done to prevent this cycle?

Dr. Avard: I am not saying that no relation can be drawn between them. I am saying that we do not know the answer to that question.

Mrs. Bertrand: In Quebec, we have CLSCs, or local community health centres. Do similar centres exist in other provinces? I think that CLSCs are an interesting intermediate step between hospitalization and the home. They not only provide health services, but counselling, planning and other services as well. Shouldn't the other provinces set up similar centres?

Dr. Avard: Quebec is ahead of the other provinces in that regard. The CLSCs fall in line with my recommendation on the expansion of primary services. As you said, they are the intermediary between hospitals and the community.

Ontario is in the process of setting up health and community districts. If a model were required, Ontario could turn to Quebec, where progress in that direction has been very interesting indeed.

Le président: À mon avis, les paiements de transfert ne se traduisent pas nécessairement par un transfert de la responsabilité à l'échelle nationale. Je crois qu'il ne faut pas oublier que nous sommes un seul pays et qu'il faut partager nos ressources. Il s'agit de faire plus à l'échelle nationale que de verser des fonds; il faut travailler pour trouver une solution à un problème et sensibiliser les gens à ce même problème, dans la mesure du possible.

Mme Bertrand: C'est aux provinces à agir.

M. Drown: En fait, nous cherchons à inciter les gens à agir, tant au niveau fédéral que local.

Le président: Monsieur Wilbee, la parole est à vous.

M. Wilbee (Delta): J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins. Ayant moi-même perdu un enfant dans un accident, je vous suis reconnaissant de l'attention que vous portez aux accidents chez les enfants.

Jadis, j'ai travaillé pour la Direction des services de santé aux autochtones dans le nord de la Colombie-Britannique. A l'époque, il y avait ce que l'on appelait le syndrome du thé et du gruau. Nous renvoyions une mère chez elle avec son nouveau-né pour le voir revenir trois ou quatre mois plus tard, la peau pâle et flasque, souffrant de pneumonie.

Disons que vous venez d'être nommé à la direction de la Clinique médicale de Skeena. Vous avez fait sept recommandations pour régler certains de ces problèmes. Quelle solution pratique avez-vous à nous offrir pour mettre fin à ce cercle vicieux? À mon avis, il s'agit d'un problème de pauvreté rurale et d'un manque de services. Quelle solution pratique avez-vous à nous offrir?

[Text]

Mr. Drown: First and foremost with regard to aboriginal children is the need to involve the aboriginal community in helping to understand, and then work through that. I would very much not want to suggest that we have better knowledge than they of some of the things that are necessary. A great deal of support needs to go into that process.

The specifics, as you have stated, are quite correct. It has to do with we know about not only the nutritional value of what children are eating—some of our statistics lack a great deal of information about that—but also what food resource is available to people in terms of feeding. How does that relate to availability of foodstuffs; how does it relate to economics? If I were to start with the job you have just given me, I would start it in that respect. I would first consult and then I would look at the availability of diet, and the foods to supply the proper one. That would be one way to address it without looking strictly at, let us say, the treatment within the hospital setting.

Mr. Wilbee: I think this is what you have been emphasizing. I certainly agree that the hospital is a last resort to keep them healthy. We also recognize the fact that the morbidity rates are tremendously high. Intelligence has been mentioned. I think it has been clearly shown in famine areas in Africa that a lack of adequate nutrition in early childhood apparently does affect long-term intelligence. I think it is important; it is a real problem.

Another area I would just like to touch on is the problem of single-parent families, particularly single moms who again are usually poor. Have you done any studies that would indicate any difference between the health of children where the mom is allowed to stay home and look after the child and where she goes out and works and the child is in day care?

• 1020

This comes to mind: I heard on the weekend of one child who is in day care 12 hours a day, 5 days a week. To me this does not look like a good situation. Are there any studies that have been done on the relative...? In other words, should we encourage single moms to stay home and look after kids? Or should we provide day care places so mom can go and work and come home in the evening?

Dr. Avard: I do not know the answer to the question on whether there are studies that have been done. I am not aware of them personally.

I would draw an analogy with 20 years ago when most women were at home. If we compare the health of children then with the health of children now, we could say that the health of children now is better and the

[Translation]

M. Drown: Pour commencer, dans le cas des enfants autochtones, il faut faire intervenir la collectivité autochtone elle-même pour mieux cerner le problème et puis partir de là. Jamais je ne supposerais connaître leurs besoins mieux qu'eux. Cependant, il faut accorder un appui énorme aux collectivités concernées.

Ce que vous dites est très vrai. Il nous faut connaître la valeur nutritive des aliments que consomment les enfants, mais nous avons très peu de données à cet égard. Il nous faut également savoir quels aliments sont disponibles et établir le lien entre la disponibilité et la situation économique des familles. Voilà par où je commencerais si j'occupais le poste en question. D'abord, je consulterais la population pour connaître son régime alimentaire, puis je tenterais d'identifier les aliments qui pourraient combler les lacunes, en fonction de leur disponibilité. Il s'agit de trouver d'autres solutions et non pas de se limiter à une seule solution comme le traitement en milieu hospitalier, par exemple.

M. Wilbee: Voilà précisément le point central de votre mémoire. Je suis d'accord avec vous pour dire que l'hospitalisation est la solution de dernier recours en matière de santé. Nous savons que les taux de mortalité sont très élevés. On a parlé de quotient intellectuel. Il a été clairement démontré dans les régions de famine en Afrique que les carences alimentaires chez les très jeunes enfants ont une incidence à long terme sur l'intelligence. À mon avis, cela est très important et constitue un problème réel.

Je voudrais également parler des familles monoparentales, particulièrement des mères célibataires qui, dans la plupart des cas, sont pauvres. Avez-vous étudié la question de savoir si la santé des enfants est affectée soit par la présence de la mère qui peut rester au foyer et s'occuper des enfants, soit par le placement des enfants en garderie quand la mère doit travailler à l'extérieur?

Cette question me vient à l'esprit parce que, au cours de la dernière fin de semaine, j'ai entendu parler d'un enfant qui est en garderie 12 heures par jour, cinq jours par semaine. Ceci ne me semble pas être une formule heureuse. Existe-t-il des études sur l'état de santé relatif? En d'autres termes, devrions-nous encourager les mères qui élèvent seules leurs enfants à rester au foyer pour s'en occuper? Ou bien, faudrait-il offrir plus de place en garderie pour permettre à la mère de travailler et de reprendre l'enfant en soirée?

Mme Avard: Je ne sais pas si des études ont été faites. Personnellement, je n'en connais aucune.

On pourrait faire une analogie avec la situation qui existait il y a 20 ans, quand la plupart des femmes demeuraient au foyer. Si on compare la santé des enfants à cette époque avec ce que nous constatons maintenant,

[Texte]

women have gone out of the homes. I am not too sure whether—

Mr. Wilbee: Our health in general and health of seniors is radically improved. I do not think it is because we have day care. I do not think you can necessarily draw that conclusion. You are not aware of any particular studies of health of—

Dr. Avard: I know that a professor at the University of Toronto, J. Turner, is doing some work on that and teenage pregnancy. I have not read his—

Ms Greene: It is metro studies.

Mrs. Clancy: There are so many things I would like to say in five minutes. I want to go back to the questions of highway safety and something Dr. Halliday said on the question of learning the rules of safety, which I agree is very important. If I asked you to look at a lack of knowledge of highway safety or general safety principles vis-à-vis the participation of alcohol, the lack of supervision and/or the inability of parents, for example, to buy baby seats, which of those factors do you think would be a more significant contributor to the accident rate and the mortality of children?

Dr. Avard: For children in our statistics, and we are looking at preschoolers, the mortality related to the car is the pedestrian. To have car seats. . . Maybe it is the fact that we have the car seats and the restraints, but you were drawing attention to the lack of ability to buy one. Perhaps if it were a part of everybody's birth package to have one, then perhaps we might see. . .

Some hospitals have programs. Then we might see even a greater reduction in the occupant deaths. We do not know; this is hypothetical. As for the supervision, I think as long as we do not have help for the mothers, we are not going to solve. . . the supervision is important. I think that was raised as an issue. The responsibility of keeping an eye. . . because these children will not pass judgments properly, not in the preschool phase.

Mrs. Clancy: Rich or poor, I do not think it would make much difference.

Mr. Drown: With regard to inability to pay—and we talk about seat restraints—I offer the observation that if a third of the children in the school age are affected as cyclists on bicycles, the ability to purchase certified, standardized helmets, which not only prevent death but also prevent incredibly disabling injury at numbers that are far in excess of the death, if we had a cost factor. . . granted it is related to acceptability of use. You have a

[Traduction]

nous pourrions dire que la santé des enfants s'est améliorée alors que les mères travaillent à l'extérieur. Je ne sais pas exactement si. . .

M. Wilbee: La santé de la population en général et la santé des personnes âgées se sont améliorées de façon impressionnante. Je ne pense pas que l'on puisse établir un lien entre ceci et les garderies. Je ne pense pas que l'on puisse vraiment formuler cette conclusion. Vous ne connaissez pas d'études spécifiques sur la santé de. . .

Mme Avard: Je sais qu'un professeur de l'Université de Toronto, M. J. Turner, s'intéresse à cette question et à celle des grossesses chez les adolescentes. Je n'ai pas lu son. . .

Mme Greene: Ce sont des études sur la région métropolitaine.

Mme Clancy: Il y a tellement de choses que je voudrais dire en cinq minutes. Je voudrais revenir aux questions concernant la sécurité routière et à une remarque du docteur Halliday au sujet de l'apprentissage des règles de sécurité; je considère moi aussi que c'est très important. Si je vous demandais de comparer l'ignorance des règles de la sécurité routière, ou des principes fondamentaux de la sécurité, au rôle de l'alcool, de l'absence de surveillance, ou du fait que, par exemple, les parents ne peuvent pas acheter des sièges sécuritaires pour bébés, quel serait le facteur contribuant le plus aux accidents et à la mortalité des enfants?

Mme Avard: Nos statistiques à ce sujet concernent les enfants d'âge préscolaire et c'est en tant que piétons qu'ils sont victimes d'accidents mortels. Quant aux sièges pour bébés. . . Les chiffres que nous avons découverts peut-être de la présence de ces sièges et de harnais, mais vous avez mentionné le cas de parents qui ne peuvent pas se permettre de les acheter. Ceci devrait peut-être faire partie du trousseau du bébé à sa naissance, on pourrait alors peut-être voir. . .

Certains hôpitaux ont des programmes allant en ce sens. On pourrait peut-être alors voir une réduction encore plus grande du nombre de passagers victimes d'accidents mortels. Nous ne le savons pas; c'est une situation hypothétique. Quant à la surveillance, j'estime que tant que nous ne pourrions pas aider les mères, nous ne pourrions pas tout résoudre; la surveillance est importante. Je crois que ceci a été mentionné parmi les enjeux. La responsabilité de veiller est là car ces enfants ne peuvent pas correctement juger des situations, pas quand ils sont d'âge préscolaire.

Mme Clancy: Riches ou pauvres, je ne pense pas que cela crée une grande différence.

M. Drown: Au sujet du pouvoir d'achat insuffisant, et nous parlons des sièges sécuritaires pour enfants, je me permets une remarque. Si un tiers des enfants d'âge scolaire sont affectés quand ils font de la bicyclette, la possibilité de s'acheter un casque normalisé, certifié, qui non seulement protège de la mort mais aussi de blessures extrêmement invalidantes beaucoup plus nombreuses que les décès, et si c'est une question de coûts. . .

[Text]

wonderful helmet, but if no one can afford it, where is that going to—

Mrs. Clancy: Can I just follow up on that? I live in a reasonably affluent neighbourhood in Halifax. There are a lot of kids. It is known as the Dalhousie ghetto because it is around the university. It is a neighbourhood that has a lot of children, a lot of kids on bikes. I do not see any kids on bicycles wearing helmets. I do not see the children of doctors or lawyers or engineers wearing helmets any more than I see the kids living in the housing projects and other parts of the city wearing helmets.

Do we not have a major effort of education? We managed to do it in the sense of motorcycles, at least to a degree. We have not managed. . . and there are a lot more kids riding bicycles than there are kids riding motorcycles. Do we not have a major educational component here too?

• 1025

Dr. Avard: There is a tremendous image. . . and I would say it is not just the child. How many adults. . . ? If adults were wearing—

Mrs. Clancy: The same thing.

Dr. Avard:—helmets, that might have a better impact on the child's view of "I am okay".

No, there is a big education. . . and there are big societal values we have to try to address.

Mme Nicole Roy-Arcelin (députée d'Ahuntsic): Merci beaucoup pour votre intéressant exposé. J'ai profité des questions aussi fort intéressantes de mes collègues. Bien sûr, il y a des failles dans nos services de santé, mais il y a aussi une certaine éducation à faire au niveau de notre population et au niveau des parents au sujet de la prudence et de la prévention.

Est-ce que le taux de décès chez les enfants est différent selon les provinces? Le fait que certains services ou actes médicaux ne soient pas dispensés de façon égale dans différentes provinces a-t-il une influence sur la santé de nos enfants? Est-ce que cela a un effet néfaste dans certaines provinces? Est-ce qu'il y a une différence à ce niveau?

Mme Avard: Vous avez vu dans les statistiques qu'il y a des différences entre provinces. Cependant, on ne saurait dire si c'est le service de santé qui cause ces différences. On peut soulever des hypothèses. Pour ma part, je serais prête à soulever l'hypothèse que ce n'est probablement pas le cas, parce que dans chaque province, les enfants, comme les adultes, ont accès aux services de santé en milieu hospitalier ou chez les médecins. À moins qu'il n'y ait des différences flagrantes et qu'il ne se passe des choses dont on n'est pas au courant, on peut supposer que tout le monde a à peu près accès aux mêmes services. Cependant,

[Translation]

Naturellement, ceci est lié à l'acceptabilité de l'emploi du casque. On peut avoir un casque merveilleux, mais si personne ne peut se le payer, où cela va-t-il. . .

Mme Clancy: Puis-je continuer sur ce thème? J'habite un quartier assez prospère à Halifax. On l'appelle le ghetto de Dalhousie car l'université est très proche; on y trouve beaucoup d'enfants. Et bon nombre de ceux-ci ont des bicyclettes, mais je ne les vois pas porter de casques. Pas plus les enfants de médecins, d'avocats ou d'ingénieurs que ceux qui vivent dans les logements sociaux ou dans d'autres quartiers de la ville.

N'avons-nous pas un gros effort d'éducation devant nous? Nous avons réussi à le fournir dans le cas des motos, tout au moins dans une certaine mesure. Nous n'avons pas réussi. . . et il y a pourtant beaucoup plus d'enfants sur les bicyclettes qu'il n'y en a conduisant une moto. L'éducation n'est-elle pas un élément très important ici également?

Mme Avard: L'image projetée joue un rôle extrêmement important et pas uniquement pour les enfants. On pourrait en dire autant pour combien d'adultes? Si les adultes portaient. . .

Mme Clancy: C'est la même chose.

Mme Avard: . . . des casques, l'enfant pourrait être influencé et se dire «je suis bien comme ça».

Non, il y a un gros effort d'éducation à faire. . . et il faudra essayer d'aborder la question des valeurs de la société.

Mrs. Nicole Roy-Arcelin (Ahuntsic): Thank you very much for your very interesting presentation. I also benefited from the very interesting questions raised by my colleagues. No doubts there are shortcomings in our health care system, but there is also a need to educate our population and the parents regarding safety and prevention.

Is child mortality different from province to province? Is the health of our children affected by the fact that some medical services or medical procedures are not equally available in all provinces? Does this have a negative effect in some provinces? Do we find differences in that regard?

Dr. Avard: Statistics show that there are differences from province to province. We cannot say, however, that this is due to health services. One may formulate some hypotheses. As far as I am concerned, I am prepared to assume that this is probably not the case because, in every province, children as well as adults have access to hospital health services or access to a physician. Unless there are obvious differences, or unless things are going on of which we are not aware, it is possible to assume that everyone has access to roughly the same services. Nonetheless, there are differences. Why? I was just saying

[Texte]

on observe des différences. Pourquoi? Je disais tout à l'heure que ce n'est probablement pas attribuable uniquement aux services de santé. Il y a d'autres facteurs dans le contexte de l'environnement.

Est-ce que vous venez du Québec?

Mme Roy-Arcelin: Oui.

Mme Avard: Dans les statistiques sur les taux d'hospitalisation par province, vous voyez des différences extraordinaires. La province de Québec a un taux beaucoup plus bas que les autres provinces. Qu'est-ce qui se passe? Dans ce cas, je dirais que l'organisation des services de santé joue peut-être un rôle. Il y a moins d'hospitalisation et plus de services à domicile. Il y a ce qu'on appelle le *day care*, les courts séjours. Cela explique peut-être la baisse au Québec. L'organisation des services peut jouer dans les statistiques.

Mme Roy-Arcelin: Ne vaudrait-il pas la peine d'aller un peu plus loin étant donné le taux très élevé de...?

Mme Avard: Oui, je suis d'accord. Ce sont des questions qu'on veut pousser.

Ms Langan: As a single parent who lived in poverty, I really reject the notion that one in four parents living in poverty would not be responsible. I also reject the notion that in many cases 12 hours a day, 5 days a week in child care is somehow less desirable than many circumstances I have seen peers in, where 12 hours a day captive with a mother in poverty and a child in poverty, captive together and living in poverty conditions, is not a happy situation either. They may be together, but if the accommodation is substandard and the circumstances are depressing, that is not a happy situation for either the mother or the child. So I really get rather interestingly churned over the child care question.

About the comments made earlier about—and I think it was Dr. Halliday who raised the concern—allowing a child to die because the funds are being transferred to another area, it was my understanding from what we have heard so far from previous presenters and yourselves that in fact what we are talking about is that there will ultimately be a saving. What we are talking about is not removing acute care in favour of community care, better health care. If you have better health care the cost for acute care is going to be not as high. So the money would still be there for those. It may not be in the first year or two, but it would be overall as you start to see the profits of the good health care. Is that a fair assumption or am I right off in left field on that one?

• 1030

Mr. Drown: I think if we did not believe the impact would be felt we could hardly make the suggestion that we do this, and could others. It is the investment and the

[Traduction]

that the reason is probably not to be found in the health services only. There are other factors in the global environment.

Are you from Quebec?

Mrs. Roy-Arcelin: Yes.

Dr. Avard: Statistics giving the rates of hospitalization by province show remarkable differences. The rate in Quebec is much lower than in the other provinces. What is going on? In this instance, I would say that health services structure may play a part. There are less hospital services, and more services at home. There is also what is called day care, short stays. This may explain the lower rate in Quebec. The way services are structured may impact on statistics.

Mrs. Roy-Arcelin: Would it not be useful to go a little bit further given the very high rate of...?

Dr. Avard: Yes, I agree. These are issues that should be examined further.

Mme Langan: Responsable moi-même d'une famille monoparentale qui a connu la pauvreté, je refuse d'accepter la notion que les parents vivant dans la pauvreté, un sur quatre, seraient irresponsables. Je rejette également cette idée que, dans bien des cas, rester douze heures par jour, cinq jours par semaine, dans une garderie serait d'une façon quelconque moins désirable que les circonstances où j'ai vu bon nombre de mes pairs vivre, c'est-à-dire d'être captif douze heures par jour, l'enfant et la mère emprisonnés par la pauvreté qui les entoure; cela n'est pas, non plus, une bonne formule. L'enfant et la mère sont ensemble, bien sûr, mais si le logement est inacceptable et si l'environnement est déprimant, ce n'est pas une heureuse situation que ce soit pour la mère ou pour l'enfant. Rien d'étonnant à ce que je sois vraiment secouée quand on parle de garderies.

On a déjà parlé—et je crois que c'est le docteur Halliday qui a soulevé la question—de situations où on laisserait un enfant mourir parce que les fonds ont été transférés ailleurs. D'après les exposés d'autres témoins, et le vôtre, j'avais cru comprendre qu'il s'agissait de mesures qui permettraient finalement de réaliser des économies. On ne parle pas de réduire les soins aigus pour favoriser les soins communautaires, de meilleurs soins de santé. Si l'ensemble des soins de santé est amélioré, le coût des soins aigus deviendra moindre. Il y aurait donc toujours de l'argent pour ces derniers. Le résultat ne sera peut-être pas obtenu la première ou la deuxième année, mais on y parviendra au fur et à mesure que les avantages découlant de bons soins de santé deviendront évidents. Est-ce une hypothèse valable ou est-ce que je suis complètement à côté de la question?

M. Drown: Si nous ne pensions pas que les conséquences deviendraient visibles, nous ne pourrions certainement pas avancer la suggestion que nous faisons,

[Text]

transition time are the difficult parts to make fit. Absolutely, if you are the person who is affected by death in the hospital or death on the streets, I do not care who you are, as a parent it is intolerable.

But it is a function of dynamics. If in effect you have a lower cost that can reach a greater number of people, and you implement it, you will cut down on the other. The difficulty is our tolerance in order to address that and then see that put in effect.

Ms Langan: I have one final question, Mr. Chairman, and it is addressing native health care. Do you think there is some value in having the Indian communities develop their own clinics, develop their own policy, and utilize the health care givers as implementers of policy?

They would determine health care policies taking into account their culture, their history, their diet. They would be establishing the health care policies in their communities, which we may hire in many cases non-natives to implement, but they would have that. Is there any value in that in terms of improving health care, as well as improving the poverty levels?

Mr. Drown: I think that given our look at these statistics and our limited knowledge of aboriginal children in that culture, we would have to see that as being an ideal way of addressing it. Then the issue becomes whether the care givers indeed should be outside of the culture or inside the culture of the majority.

Ms Langan: Well, yes. It would be up to the policy to determine this.

Mr. Drown: We face that with every ethnic group we try to be sensitive with. What you are saying is very true, and, yes, what we would see as an approach.

The Chairman: Thank you very much. Do we have any questioners on this side, anybody else?

If I may, then, on behalf of the committee, I would like to thank you.

You mentioned early in your remarks that in Saskatchewan and Newfoundland the infant mortality rate is one and a half times higher, I believe you said, than in Ontario. Is that a combination of factors, health care, native rural populations and the economies, generally speaking?

Dr. Avard: Different dynamics are possibly operating. For instance, in Saskatchewan one of the explanations is

[Translation]

et personne d'autre ne pourrait le faire. L'investissement et la période de transition sont des éléments difficiles à concilier. Sans aucun doute, si vous êtes la personne affectée par un décès à l'hôpital ou dans la rue, peu importe qui vous êtes, c'est une situation intolérable pour un parent.

Mais il faut tenir compte de la dynamique de la situation. Si, dans les faits, vous avez un mécanisme qui coûte moins cher et qui peut atteindre un plus grand nombre de personnes, et si vous mettez ce mécanisme en oeuvre, il y aura réduction de l'autre côté. La difficulté se situe au niveau de notre seuil de tolérance quand il faut traiter de cette question et mettre les mécanismes en place.

Mme Langan: Je voudrais poser une dernière question, monsieur le président. Il s'agit des soins de santé pour les autochtones. Voyez-vous un avantage quelconque à ce que les collectivités indiennes créent leurs propres cliniques, élaborent leurs propres politiques et utilisent le personnel des soins de santé comme les agents de leurs politiques?

Ces collectivités pourraient définir les politiques de soins de santé qui tiendraient compte de leur culture, de leur histoire et de leurs habitudes alimentaires. Ces politiques auraient l'avantage d'avoir été créées pour les collectivités en cause et il serait possible, dans bien des cas, de faire appel à un personnel qui ne serait pas autochtone pour les mettre en oeuvre. Ceci permettrait-il d'améliorer les soins de santé et, également, de lutter contre la pauvreté?

M. Drown: Compte tenu des statistiques que nous possédons et des connaissances, assez limitées, que nous avons des enfants autochtones vivant dans cette culture, il faudrait considérer ceci comme étant une solution idéale. Le problème serait alors de savoir si le personnel des soins de santé devrait venir de l'extérieur de cette culture ou venir de la culture de la majorité de la population.

Mme Langan: Eh bien, oui. La politique elle-même pourrait répondre à cette question.

M. Drown: Nous rencontrons ce même problème avec chaque groupe ethnique auquel nous voulons nous sensibiliser. Ce que vous dites est tout à fait exact et, oui, c'est l'approche que nous aimerions voir adopter.

Le président: Merci beaucoup. Y aurait-il d'autres questions venant de ce côté, ou de toute autre personne?

Permettez-moi donc de vous remercier au nom du comité.

Vous avez mentionné au cours de vos remarques que le taux de mortalité infantile de Terre-Neuve et de la Saskatchewan était de 50 p. 100 plus élevé, je crois que c'est ce que vous avez dit, que celui de l'Ontario. En général, peut-on dire que ceci résulte de plusieurs facteurs tels que les soins de santé, l'importance des populations autochtones en milieu rural ou l'état de l'économie provinciale?

Mme Avard: Les dynamiques en jeu pourraient être différentes. Par exemple, l'une des explications en ce qui

[Texte]

that they have the highest proportion of native population as a province. The population of Saskatchewan is five percent native in origin, whereas Newfoundland does not have the native component.

Maybe it is poverty. But I think this is just the beginning. If we look at Ontario and its standing in the economic scale we know that Ontario is a province that fares best economically, and they seem to be doing very well in terms of health as well.

Mr. Axworthy: I think what we have seen is an interesting comparison of approaches to the issues you have raised. For my party, we see a fairly major role for government, and I think we see it as fairly horrendous that we would ever allow a situation as large as this and as bad as this to exist. The fact that we have one in four children living in hunger seems to me to be just an absolute travesty.

Could you make some judgment—I do not know how you would do this—but some judgment as to how effective dealing with the problems of health status in children could be addressed by addressing individual cases, such as training families to provide better nutrition and so on, as against dealing with it in a more global, public policy sense, which would attack not just each family on an individual basis and each child on an individual basis, but the more global concerns that you have raised, such as poverty, such as the differences?

Dr. Avard: I think the answer to this problem is not a singular, so let us get away from trying to find the cause or the answer. Everything is very interrelated. We need to have the inter-disciplinary, the inter-sectorial, the crossing of boundaries.

• 1035

So the answer is not just in the realm of parents. They need to be supported. Take your cigarette-smoking legislation. We are asking people not to smoke. Sure, the individual does that. We are also passing legislation saying there are smoke-free environments. You are not allowed to advertise cigarettes on TV. People's choices are also influenced by what they experience. So not one without the other.

The Chairman: Mr. Drown and Dr. Avard, on behalf of the committee, may I sincerely thank you for appearing today. I think it is evident from the questions. . . We were fortunate, in a way, we had one set of witnesses and we are not under the time constraints we usually are. I think it was a most fruitful experience for members.

[Traduction]

concerne la Saskatchewan serait que cette province a la plus forte proportion d'autochtones parmi sa population, soit 5 p. 100, alors que cet élément ne se retrouve pas à Terre-Neuve.

Il s'agit peut-être de la pauvreté. Mais j'estime que ce n'est que le commencement. Si nous pensons à l'Ontario et à son économie, nous savons que c'est la province dont l'économie est la plus forte, et il semble également que l'Ontario se situe très bien sur le plan de la santé.

M. Axworthy: Nous avons entendu une comparaison intéressante des différentes façons d'aborder les questions que vous avez soulevées. Mon parti estime que le gouvernement a un rôle assez important à jouer et, à mon avis, nous estimons très choquant que nous ayons permis l'existence d'une situation aussi mauvaise et d'une telle ampleur. Le fait d'avoir un enfant sur quatre qui vit avec la faim me semble être tout simplement une parodie absolue.

Pourriez-vous formuler un jugement—je ne sais pas comment vous pourriez le faire, mais tout de même un jugement quelconque sur la façon la plus efficace de traiter des problèmes liés à la santé infantile? Faut-il penser en termes de cas individuels, par exemple, la formation des familles pour améliorer l'alimentation, etc. Ou bien faut-il penser en termes plus globaux, dans le sens d'une politique d'intérêt public qui attaquerait le problème non pas uniquement au niveau de chaque famille, de chaque enfant, sur une base individuelle, mais, plutôt, au niveau des préoccupations plus générales dont vous avez parlé, telles que la pauvreté et les différences entre les situations?

Mme Avard: Je ne pense pas qu'il y ait une solution unique au problème. N'essayons donc pas d'essayer de trouver la cause ou la réponse. Tout se tient. Nous devons effacer les frontières et penser en termes multidisciplinaires, multisectoriels.

La réponse ne se trouve donc pas uniquement au niveau des parents, bien que ceux-ci aient besoin d'être appuyés. Pensons par exemple aux lois sur le tabagisme. Nous demandons à la population de ne pas fumer. Il est évident qu'il s'agit d'une décision individuelle. Cependant, nous adoptons également des lois précisant qu'il y aura des lieux sans fumée. La publicité pour les cigarettes est interdite à la télévision. Les choix individuels sont donc aussi influencés par le vécu. L'un ne va pas sans l'autre.

Le président: Monsieur Drown, madame Avard, au nom du comité, je vous remercie très sincèrement d'avoir bien voulu comparaître devant nous aujourd'hui. Les questions démontrent parfaitement un. . . D'ailleurs, nous avons eu la bonne fortune, pourrait-on dire, de n'avoir qu'une délégation aujourd'hui et nous avons ainsi pu disposer de plus de temps que d'habitude. J'estime que cette expérience s'est révélée très fructueuse pour les membres du comité.

[Text]

The committee is adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

La séance est levée.



*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESSES

From the Canadian Institute of Child Health:

Daniel H. Drown, President;

Dr. Denise Avard, Vice-President Research.

TÉMOINS

De l'Institut canadien de la santé infantile:

Daniel H. Drown, président;

D^r Denise Avard, vice-présidente à la recherche.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 18

Thursday, March 8, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 18

Le jeudi 8 mars 1990

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of
the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude
du régime de soins de santé au Canada et de son
financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, MARCH 8, 1990

(24)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:08 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Building, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, John Cole, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White and Stan Wilbee.

Acting Members present: Joe Fontana for Paul Martin; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker and Odette Madore, Research Officers.

Witnesses: From the University of Guelph: K. Victor Ujimoto, Professor of Sociology and Gerontology. *From the Victorian Order of Nurses for Canada:* Dr. Helen Mussallem, President; Donna Roe, National Executive Director; Cathy Bonnah, National Coordinator for Promoting Elders Participation; Mary Buzzell, Director of Educational Development, V.O.N. Hamilton-Wentworth.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

K. Victor Ujimoto, from the University of Guelph, made a statement and answered questions.

At 10:06 o'clock a.m., representatives from the Victorian Order of Nurses for Canada appeared before the Committee.

Dr. Helen Mussallem, Cathy Bonnah, Donna Roe and Mary Buzzell, from the Victorian Order of Nurses, made statements and answered questions.

At 11:04 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 8 MARS 1990

(24)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 08, dans la pièce 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Bob Porter (président).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, John Cole, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White et Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Joe Fontana remplace Paul Martin; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker et Odette Madore, attachées de recherche.

Témoins: De l'Université de Guelph: K. Victor Ujimoto, professeur de sociologie et de gérontologie. *Des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada:* Helen Mussallem, présidente; Donna Roe, directrice générale nationale; Cathy Bonnah, coordonnatrice nationale pour une meilleure participation des aînés; Mary Buzzell, directrice de l'Éducation, Hamilton-Wentworth.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

K. Victor Ujimoto, de l'Université de Guelph, fait un exposé et répond aux questions.

A 10 h 06, les témoins des Infirmières de l'Ordre de Victoria comparaissent.

Helen Mussallem, Cathy Bonnah, Donna Roe et Mary Buzzell, des Infirmières de l'Ordre de Victoria, font des exposés et répondent aux questions.

A 11 h 04, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Thursday, March 8, 1990

• 0907

The Chairman: Ladies and gentlemen, I will call the meeting to order, since we do have a quorum. The standing committee is resuming its study on the health care system, according to Standing Order 108.

This morning we are pleased to welcome Professor Ujimoto from the University of Guelph. Professor, it is a pleasure to have you here. We look forward to your testimony. I hope that the equipment you had to set up under rather difficult circumstances will be adequate.

We will hear your testimony and have questions until around 10 a.m., when we have another group coming here. Again, on behalf of the committee I extend to you our sincere thanks and welcome you this morning.

Professor Victor Ujimoto (Department of Sociology and Gerontology Research Centre, University of Guelph): Thank you very much, Mr. Chairman. I would like to thank the committee members at the outset for providing me this opportunity to speak to you about my submission. It is always much nicer to have a presentation to support some of the things that I have written.

First of all, since my original submission to the standing committee I will be providing additional information on some of the key health care policy issues for an aging multicultural society. Because of the time constraints imposed on me this morning I will comment on only three of the issues that I have already noted in my previous submission. First is the identification of long-term pressures for growth in health services, especially from the perspective of our changing demographic profile; secondly, the identification of innovative approaches to research findings; and third, the role of information technology to facilitate the linkage between health care providers, researchers already working on ethnicity, aging, and health issues, and social policy analysts.

My comments will be related to the already established framework for health promotion, which was announced by Mr. Jake Epp, then Minister of National Health and Welfare, in November 1986. In particular, my main emphasis will be on reducing inequities in the access to health services, as well as on inequities that stem from culturally insensitive health services.

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le jeudi 8 mars 1990

Le président: Mesdames et messieurs, nous pouvons commencer puisqu'il y a quorum. Le Comité permanent reprend son étude du système des soins de santé conformément à l'article 108 du Règlement.

Nous accueillons ce matin le professeur Ujimoto de l'Université de Guelph. Professeur, nous sommes ravis de vous accueillir et nous avons hâte d'entendre votre témoignage. J'espère que le matériel que vous avez installé dans des conditions quelque peu difficiles fonctionnera bien.

Nous entendrons d'abord votre témoignage et il y aura ensuite une période de questions jusque vers 10 heures, après quoi nous accueillons un autre groupe. Au nom du Comité, je tiens à vous remercier d'être venu ce matin et à vous souhaiter la bienvenue.

M. Victor Ujimoto (professeur, département de sociologie et de gérontologie, Université de Guelph): Merci beaucoup, monsieur le président. Je tiens tout d'abord à remercier les membres du Comité de me donner cette occasion de parler de mon mémoire. Je trouve toujours plus agréable de pouvoir expliquer oralement les choses que j'écris.

D'abord, je compte fournir au Comité permanent des renseignements qui ne figuraient pas dans mon mémoire au sujet de certaines questions clé reliées à la politique de soins de santé pour une société multiculturelle vieillissante. Vu le peu de temps dont je dispose ce matin, je ne parlerai que de trois des questions qui sont déjà examinées dans mon mémoire original. D'abord, il y a l'identification des pressions à long terme pour l'expansion des services de santé, surtout du point de vue de l'évolution de notre profil démographique; deuxièmement, vient l'identification de nouvelles méthodes de recherche; et troisièmement, il y a le rôle de la technologie de l'information pour faciliter les rapports entre les fournisseurs de soins de santé, les chercheurs qui étudient les caractéristiques ethniques, le vieillissement et les questions de santé et les analystes de la politique sociale.

Je vais vous parler tout d'abord des structures déjà établies pour la promotion de la santé annoncées par M. Jake Epp quand il était ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en novembre 1986. J'insisterai surtout sur la nécessité de réduire les disparités dans l'accès aux services de santé de même que les injustices qui proviennent du fait que les services de santé ne sont pas sensibilisés aux différences culturelles.

[Texte]

• 0910

With reference to the aging population and the health care system, it has been predicted by Stone and Fletcher that the population over 65 years of age will continue to grow until the year 2016. McDaniel notes that as the size of the older population grows, health care costs are also likely to increase. A very significant aspect of this demographic change is that our aging population will be multicultural and that we can no longer consider our elderly as a homogenous group.

The heterogeneity of our aging population is illustrated in the first overhead, and it will be noted that Jewish, Polish, Ukrainian are all in the 16% to 13% category. From this table it can be seen that the proportion of those 65 years of age is particularly high for some particular ethnic groups. However, given the present demographic trends we can expect changes in our older population that will eventually reflect the current increase in the percentage age distribution of the foreign born.

Graphically the current immigration pattern looks something like this, which illustrates the high proportion of the foreign-born.

In order better to understand the various health care related issues of our aging and culturally diverse Canadian society, it is extremely important to have the appropriate information. Such information can be made readily available through information technology. Information technology refers to current computer technology that is capable of storing vast quantities of information on magnetic discs that is retrievable in micro-seconds. Issues related to the well-being of our ethnically diverse and aging population can be better understood if information on variables such as cultural traditions, beliefs, values, health practices, the different life course experiences, and other socio-demographic factors is immediately available.

Given the current state of development in information technology and in the management of information, it is indeed possible to streamline our access to the relatively rich data currently stored in various places. However, before we all rush off to our data banks and high-speed networks, we should pause and reflect upon the following three questions.

First, what do we as educators and health and social policy professionals need to know about ethnic minority culture in order to provide a culturally sensitive yet cost-effective health care system? Second, what do we need to know about attitudes and behaviour towards visible minorities for effective mental health and social support services? Third, what can be done to bridge the information gap between the care providers, researchers, and the policy analysts in order to develop a more effective health care system?

[Traduction]

Relativement à la population vieillissante et au système de soins de santé, Stone et Fletcher prévoient que la population âgée de plus de 65 ans continuera d'augmenter jusqu'en l'an 2016. McDaniel signale que, à mesure que la population plus âgée augmente, le coût des soins de santé augmentera probablement aussi. Un aspect très important de ce changement démographique a trait au fait que notre population vieillissante sera multiculturelle et ne pourra plus être considérée comme un groupe homogène.

Le premier acétate montre l'hétérogénéité de notre population vieillissante et vous constaterez que les proportions pour les groupes juifs, polonais et ukrainiens sont toutes entre 16 et 13 p. 100. On peut voir d'après ce tableau que la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus est particulièrement élevée pour certains groupes ethniques. Par ailleurs, vu les tendances démographiques actuelles, on peut s'attendre à des changements dans le profil de notre population âgée qui finiront par refléter l'augmentation dans le pourcentage de personnes nées à l'étranger.

Voici une représentation graphique des tendances actuelles d'immigration qui montre le pourcentage élevé de personnes nées à l'étranger.

Pour mieux comprendre les diverses questions reliées aux soins de santé pour notre société canadienne vieillissante et multiculturelle, il est extrêmement important d'avoir les renseignements appropriés. Ces renseignements peuvent être obtenus facilement grâce à la technologie de l'information. Quand je parle de technologie de l'information, je veux dire la technologie informatique qui permet maintenant d'emmagasiner de vastes quantités de données sur disques magnétiques et de les récupérer en quelques microsecondes. Il est donc plus facile de comprendre les questions reliées au bien-être de notre population multiculturelle vieillissante si nous avons un accès immédiat à des données sur des choses comme les traditions culturelles, les convictions, les valeurs, les pratiques de santé, les expériences de vie et d'autres facteurs sociodémographiques.

Étant donné l'état actuel de la technologie et de la gestion de l'information, nous pouvons maintenant rationaliser l'accès à la quantité considérable de données emmagasinées à divers endroits. Cependant, avant que nous nous hâtons tous de consulter nos banques de données et nos réseaux à haute vitesse, nous devrions réfléchir aux trois questions suivantes.

D'abord, qu'avons-nous besoin de savoir à titre d'éducateurs et de professionnels de la santé et de la politique sociale au sujet de la culture des divers groupes ethniques pour établir un système de soins de santé sensibilisé aux différences culturelles et d'un bon rapport qualité prix? Deuxièmement, que devons-nous savoir au sujet des attitudes et du comportement à l'égard des minorités visibles pour mettre au point des services de santé mentale et de soutien social efficaces? Troisièmement, que pouvons-nous faire pour combler l'écart d'information entre les fournisseurs de soins, les

[Text]

With reference to the above questions, it has been recognized by England, Liu, and Yu that an understanding of the cultural beliefs of immigrants and refugees is important in terms of their health, beliefs, and general well-being. However, very little pedagogical effect has been made in examining this effort from a systemic perspective. By this I mean the interrelationship between our knowledge of the various aspects of our past history, the development of social institutions, current social science research, and the impact of this research on gerontology and geriatrics—and subsequent formulation of public policy.

The lack of an interdisciplinary and systemic perspective stems in part from our earlier socialization. In Canadian society the central emphasis has been on the individual, not on the group or the collective. This emphasis on the individual or the narrow focus is also manifested in our various fields of study, such as the social sciences, health sciences, and biological sciences, to mention a few examples. The knowledge gap between various disciplines must be bridged so a more coherent public policy statement can be made when it comes to health issues. In the past it was possible to entertain a team-oriented approach to public policy. However, the means to do so now exist through the development of information technology.

• 0915

To illustrate some of the points noted above, let me briefly describe our current research project on aged Asian Canadians, namely the Chinese, Japanese, and Korean-Canadian elderly. About the elderly immigrant population in our research sample, many of them came to Canada under very trying circumstances. Furthermore, the adjustment to Canadian society cannot be generalized to all groups, because each wave of immigrants was subject to different legal, social and economic conditions.

One way in which these varying circumstances can be examined and the information stored is to employ an information retrieval system. Such a system will enable the researcher to obtain a picture of the social conditions at the time of entry into Canada and information on subsequent life events such as the level of education obtained, employment, marital status, etc. If the background information on an elderly person who is in an institution is made available to the health care provider it may facilitate the development of better human relations, which in turn may contribute to better mental health.

About our aging population and health care, the following recommendations are provided: first, that alternative methods of less-expensive health care that is more appropriate to ethnocultural needs be explored. For

[Translation]

chercheurs et les analystes de politique pour mettre au point un système de soins de santé plus efficace?

Relativement à ces trois questions, England, Liu et Yu signalent qu'il y a un rapport important entre les croyances culturelles des immigrants et des réfugiés et leur état de santé, leurs convictions et leur bien-être général. Néanmoins, cet examen du problème du point de vue systémique a eu très peu d'incidence sur le plan pédagogique. Autrement dit, on n'a pas vraiment examiné les rapports entre ce que nous connaissons de notre histoire, du développement de nos institutions sociales et de la recherche actuelle en sciences sociales d'une part, et les conséquences de cette recherche sur la gérontologie et la gériatrie et l'élaboration subséquente de la politique publique.

L'absence d'une perspective interdisciplinaire systémique provient en partie de notre socialisation. Dans la société canadienne, on met l'accent surtout sur l'individu et non sur le groupe ou la collectivité. Cette concentration étroite sur l'individu se manifeste aussi dans nos divers domaines d'étude, notamment les sciences sociales, les sciences de la santé et les sciences biologiques. Il faudrait combler l'écart de connaissances entre ces divers domaines pour élaborer une politique des soins de santé plus cohérente. Dans le passé, il était possible de créer des équipes pour examiner la politique publique. On peut cependant le faire maintenant grâce à la technologie de l'information.

Pour mieux vous expliquer ce que je veux dire, je voudrais décrire brièvement notre projet de recherche sur les Canadiens âgés d'origine asiatique, en l'occurrence les Canadiens d'origines chinoise, japonaise et coréenne. Bon nombre des personnes âgées immigrantes de notre échantillon de recherche sont arrivées au Canada dans des conditions très difficiles. On ne peut pas non plus généraliser la façon dont les immigrants s'adaptent à la société canadienne pour tous les groupes parce que chaque nouvelle vague d'immigrants a connu des conditions juridiques, sociales et économiques différentes.

Une façon d'examiner ces conditions différentes et d'emmagasiner les renseignements consiste à utiliser un système de récupération des données. Ce système permet aux chercheurs d'avoir une idée des conditions sociales au moment de l'arrivée au Canada et d'obtenir des renseignements sur les événements survenus plus tard, notamment le niveau d'instruction, l'emploi, l'état matrimonial, et ainsi de suite. Si les données sur une personne âgée institutionnalisée sont fournies aux fournisseurs de soins de santé, cela peut favoriser de meilleures relations humaines et contribuer à une meilleure santé mentale.

Voici maintenant ce que nous recommandons au sujet des soins de santé pour notre population vieillissante: d'abord, qu'on étudie des solutions en matière de soins de santé qui soient moins coûteuses et mieux adaptées aux

[Texte]

example, moxabustion and the use of herbal remedies may be both more appropriate for some ethnocultural groups and less expensive.

Dr. Eric Hurowitz reported at a recent medical conference that Canadian doctors are overprescribing drugs for their elderly patients. The problem of drug overuse is so severe that it is extremely difficult for the physician to tell whether a disoriented patient is senile or merely suffering from the side-effects of prescribed drugs.

Current methods of financing health care do not encourage the use of less costly alternatives. By combining social science research with the health and medical science practices, less expensive alternatives to institutionalized care may be possible.

Recommendation two is that plans for future health care services make use of appropriate health science and social science information technology. Planning for future objectives requires the latest and most relevant information. Cross-cultural research information on illness and health can be obtained readily if there is a central co-ordinating agency such as the National Resource Center on Minority Aging Populations, San Diego State University, or the United States National Center on Health Statistics—NCHS.

National samples for health statistics must take into account by appropriate sampling methods the aged ethnic minority population. Because of inappropriate sampling, aged ethnic minorities are very often not included in health surveys.

Accessibility to health. At present Health and Welfare and the seniors' secretariat are actively engaged in the Seniors' Independence Program. While independence may be a dominant value in Canadian society, interdependence and intergenerational relations may be a much stronger value in some other cultures, for example the Asian or Oriental cultural groups. Thus alternative models of health care and service delivery should be explored. Variations in both earlier socialization and cultural expectations are significant aspects to be examined with respect to health and well-being. Facilities may exist, but unless those health care facilities are culturally sensitive, effective utilization may not be achieved. The development and maintenance of culturally appropriate services and programs must be encouraged. Therefore the following recommendations are made on accessibility to health care.

[Traduction]

besoins des groupes ethnoculturels. Par exemple, la cautérisation au moyen de moxas ou l'utilisation d'herbes pourrait mieux convenir à certains groupes ethnoculturels et être moins coûteuses.

Le Dr Eric Hurowitz a déclaré au cours d'une récente conférence médicale que les médecins canadiens prescrivent trop de médicaments à leurs patients âgés. Le problème de la surconsommation de médicaments est si grave qu'il est devenu extrêmement difficile pour un médecin de dire si un patient désorienté est atteint de sénilité ou s'il subit simplement les effets secondaires des médicaments qu'il absorbe.

Les méthodes actuelles de financement des soins de santé ne favorisent pas l'utilisation de solutions moins coûteuses. En appliquant les résultats de la recherche en sciences sociales aux pratiques des services de santé et de la science médicale, il serait possible d'avoir recours à des solutions moins coûteuses que l'institutionnalisation.

Deuxièmement, les plans concernant les futurs services de soins de santé devraient prévoir l'utilisation de la technologie d'information appropriée des sciences de la santé et des sciences sociales. La planification d'objectifs exige l'utilisation de l'information la plus récente et la plus pertinente. L'information provenant de la recherche multiculturelle sur les maladies et la santé peut être obtenue rapidement s'il existe un organisme central de coordination comme le *National Resource Centre on Minority Aging Populations*, de l'Université d'État de San Diego, ou le *US National Center on Health Statistics (NCHS)*.

Les échantillonnages nationaux servant à la compilation des statistiques sur la santé doivent prendre en considération, selon des méthodes d'échantillonnage adéquates, la population âgée des groupes ethniques. L'utilisation des méthodes d'échantillonnage inappropriées fait que dans bien des cas les membres âgés des minorités ethniques sont exclus des recherches touchant les enquêtes sur la santé.

L'accessibilité aux soins de santé. À l'heure actuelle, le ministère de la Santé et du bien-être social et le Secrétariat des aînés sont activement engagés dans le programme d'autonomie des aînés. L'indépendance est peut-être une valeur très prisée dans la société canadienne, mais l'interdépendance et les relations entre les générations peuvent avoir une importance encore plus grande dans certaines cultures, notamment chez les groupes asiatiques. Il convient par conséquent d'étudier d'autres modèles de soins et de services de santé. Des variations quant aux attentes sociales et culturelles sont des aspects importants dont il faut tenir compte quand il s'agit de santé et de bien-être. Les installations peuvent être disponibles, mais si elles ne sont pas à la portée des groupes culturels, elles ne peuvent être utilisées efficacement. Il faut par conséquent encourager la mise sur pied et l'exploitation de services et de programmes adaptés aux besoins de groupes culturels.

[Text]

[Translation]

• 0920

First is that access to information on the available health care services at the community level in rural and remote areas be facilitated. This access can be provided through information technology—for example, computer-assisted communications and facsimile—with the regional or central health service information centre. In most rural communities with only one or two aged ethnic minorities, it is not practical to duplicate services and information provision in another language. It is, however, quite feasible to request the desired information from a central source in whatever language through facsimile transmission if the facsimile facility is made available. Access to information is the first step in providing the various types of health care in all regions.

The second recommendation is that greater emphasis be placed on preventive health care. Again, through information technology barriers between medical, health and social sciences can be bridged. Similarly, the linkages between various sectors of municipal governments such as transportation, specialized housing, social welfare, community services, etc., can be facilitated so that common objectives such as better health care can be addressed from different perspectives and an integrated planning model can be developed.

At present there is a clear division in the responsibilities between the health promotion and health intervention sectors. Unlike in the past when planners were easily overloaded with too much information, current information technology can facilitate the handling of information and data across cultural and disciplinary boundaries.

Human care, human resources: our educational institutions have not sensitized our students to the multicultural reality of Canadian society. Professional schools in particular must have a multicultural component so that in later practice culturally sensitive professionals—doctors, nurses, hospital staff—may be able to provide better care.

In order to facilitate culturally sensitive professional training, better use of current information technology must be encouraged. At present I am developing teaching modules based on interdisciplinary and cross-cultural information relevant to ethnicity, aging and health. Experimental versions of such a module, which essentially consists of data on disc for portable graphic displays, are currently in use in my classes at both the University of Guelph and at McMaster University.

D'abord, il faut faciliter l'accès à l'information concernant les services communautaires de soins de santé disponibles dans les régions rurales et reculées. L'accès à l'information pourrait être assuré au moyen de la technologie d'information—par exemple, la communication assistée par ordinateur et la télécopie—, par l'intermédiaire du centre d'information régionale ou centrale sur les services de santé. Dans la plupart des communautés rurales qui ne comptent qu'une ou deux minorités âgées d'origine ethnique, il est difficile d'offrir des services et de l'information à ces groupes dans leur langue. Il est cependant très facile de demander la transmission de renseignements par télécopie depuis une source centrale, dans une langue ou l'autre, pourvu que les installations soient disponibles. L'accès à l'information est la première étape du processus d'obtention des divers types de soins de santé dans toutes les régions.

Deuxièmement, nous recommandons de mettre davantage l'accent sur les soins de santé préventifs. Les diverses technologies d'information peuvent là encore contribuer à rapprocher la science médicale, les sciences de la santé et les sciences sociales. De même, l'établissement de liens entre les divers secteurs des administrations municipales par exemple les transports, le logement adapté, les services de bien-être social, les services communautaires, et le reste, peut être facilité de manière à permettre la réalisation d'objectifs communs, comme l'amélioration des soins de santé et l'établissement de modèles de planification.

À l'heure actuelle, il existe une division évidente des responsabilités entre le secteur de la promotion de la santé et les intervenants sociaux. Contrairement à ce qui se passait autrefois, alors que les planificateurs étaient facilement submergés d'information, la technologie actuelle peut faciliter l'échange de renseignements et de données au-delà des barrières culturelles et disciplinaires.

Les ressources humaines dans le secteur des soins de santé: les établissements d'enseignement ne sensibilisent pas les étudiants à la réalité multiculturelle au Canada. Les écoles de formation professionnelle en particulier devraient intégrer des notions de multiculturalisme à leurs programmes d'enseignements de manière à former des praticiens (médecins, infirmières et personnel d'hôpital) qui soient sensibles aux réalités culturelles et, de ce fait, capables de fournir de meilleurs soins.

Il faut, pour faciliter la formation de professionnels sensibles aux réalités culturelles, inciter à une meilleure utilisation de la technologie d'information disponible. À l'heure actuelle, je travaille à la création de modules d'enseignement basés sur l'information interdisciplinaire et interculturelle touchant les groupes ethniques, le vieillissement et la santé. Les versions expérimentales de ce module, qui est composé essentiellement de données sur disquettes utilisables dans des unités d'affichage graphique portatives, sont actuellement utilisées dans des cours à l'Université de Guelph et à l'Université McMaster.

[Texte]

Given the changing demographic profile of Canadian society, a culturally sensitive health care system based on current information technology will eventually provide a quality and most cost-effective health care system. It is therefore recommended that, first, the availability of culturally sensitive health care professionals be increased. One way the existing health care professionals could be sensitized to the beliefs, values, customs and behavioural patterns is a re-educative strategy that provides sufficient incentives for these professionals to invest their time and energy for cross-cultural health and medical practices.

The second recommendation is that issues related to aging and health from a cross-cultural perspective be incorporated into the school curricula. This will obviously require a much longer period of commitment before any direct benefits can be assessed. Some schools have already introduced special lessons on drugs and AIDS. Similar initiatives on other health-related topics can also be introduced in the schools and developed further in the high schools.

Third is that recognition be given to non-traditional health professionals such as acupuncturists and chiropractors, etc., so that the choices available to the individual based on his or her cultural belief system regarding health and illness are accommodated. The acknowledgement of different cultural belief systems is important for one's mental well-being, which in turn may impact on one's physical well-being.

Fourth is that alternative models and assessment methodologies for the health care of the elderly, particularly the aged ethnic minority, be explored.

Fifth is that health information relevant to the mental and physical health needs of the ethnocultural communities be developed and made accessible to the communities. A national health information system will be able to facilitate this access.

Sixth is that the various recommendations that have been advanced by other national organizations and various task forces be consolidated and rank-ordered for implementation at the earliest opportunity. Recommendations advanced by the national workshop on ethnicity and aging and the recent report on the Canadian Task Force on the Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees merit serious and immediate attention.

• 0925

Seventh and finally, health and social science information technologies should be more effectively utilized in addressing each of the recommendations noted above.

[Traduction]

Compte tenu de la transformation du profil démographique de la société canadienne, un système de soins de santé sensible aux réalités culturelles et utilisant une technologie d'information moderne offrira des services de santé de qualité et à un coût économique. Nous recommandons donc, tout d'abord, d'accroître le nombre de professionnels sensibilisés aux réalités culturelles. Une des façons de sensibiliser les professionnels de la santé aux croyances, aux valeurs, aux coutumes et aux modèles de comportement des divers groupes culturels consisterait à appliquer une stratégie qui les inciterait à investir temps et énergie dans la pratique médicale auprès des groupes culturels.

Deuxièmement, nous recommandons d'intégrer aux programmes d'enseignement scolaire les questions touchant le vieillissement et la santé dans une perspective interculturelle. Cela exigera évidemment une période d'engagement beaucoup plus longue avant que les avantages directs ne se fassent sentir. Certains établissements d'enseignements offrent déjà des cours spéciaux sur les drogues et le sida. Ce genre d'initiatives pourraient être reprises à l'école pour d'autres sujets reliés à la santé, et poussées encore plus loin au niveau secondaire.

Troisièmement, il faudrait reconnaître les professionnels de la santé des disciplines non traditionnelles, comme les acupuncteurs, les chiropraticiens, etc., afin de permettre à chacun de choisir des soins de santé en fonction de ses croyances culturelles. La reconnaissance des divers systèmes de croyances culturelles est importante pour la santé mentale, et, par conséquent, pour la santé physique.

Quatrièmement, il faudrait examiner de nouveaux modèles et méthodes d'évaluation des soins de santé dispensés aux personnes âgées, en particulier les membres des minorités ethniques.

Cinquièmement, il faut améliorer l'information touchant les besoins des groupes ethnoculturels en matière de santé mentale et physique et mettre cette information à leur disposition. Un centre d'information nationale sur la santé faciliterait l'accès à l'information.

Sixièmement, les diverses recommandations formulées par d'autres organisations nationales et divers groupes de travail devraient être regroupées en une liste de priorités en vue d'être appliquées à la première occasion. Les recommandations du Groupe d'étude national sur les groupes ethniques et le vieillissement et le rapport du Groupe d'étude canadien sur les questions de santé mentale touchant les immigrants et les réfugiés méritent une attention sérieuse et immédiate.

Enfin, il faudrait mieux utiliser les technologies d'information touchant les sciences de la santé et les sciences sociales en vue de donner suite à chacune des recommandations formulées ci-dessus.

[Text]

Implications for future health care policies and programs—future health care policies must recognize the ethnic diversity of our aging population. Furthermore, apart from ethnic diversity, the aging population is also characterized by a variety of lifestyles, changing patterns of work, variations in income, and increasing participation of women in the work force.

The traditional social support networks are also undergoing rapid change and this fact alone may shift the burden of health care support to the public sector. Given the added burden of ever-increasing public expenditures it is not feasible to continue to expect the public sector to provide universal health care support as in the past. Traditional *gemeinschaft* relationships must be encouraged.

For many ethnocultural groups the emphasis on community cohesion rather than on individualism may provide one possible solution to the needs of long-term care in the future. Early childhood socialization that emphasizes intergenerational relationships must be encouraged.

A social policy that encourages individual responsibilities in contrast to the present over-emphasis on individual rights requires cross-cultural information on those ethnic groups where appropriate examples can be obtained. One way in which a national organization can assist in this endeavour is to develop a directory that identifies projects, facilities, and expertise on ethnocultural relations. With the availability of appropriate information, interdisciplinary as well as cross-cultural perspectives in seeking solutions to various issues can be encouraged.

A positive outcome of all this can be the development of a computer-based ethnocultural health information exchange system, whereby health educators, researchers and other institutions can communicate with each other and exchange relevant information.

Through high-speed computer networks access to data can be facilitated at the local, regional, national and international levels. The advantages of such an information exchange system are several:

- (1) expanded accessibility to multi-cultural health and related educational information;
- (2) greater sensitivity to trans-cultural issues in health care with particular reference to ethnic minorities who are unable to communicate effectively;
- (3) prevention of social conflicts between health care providers and clients because of misunderstanding of cultural health beliefs and practices;
- (4) development of a culturally appropriate social and mental health support system;

[Translation]

Conséquences pour les politiques et les programmes de soins de santé à l'avenir: nos politiques de soins de santé devront reconnaître à l'avenir la diversité ethnique de notre population vieillissante. Outre sa diversité ethnique, notre population vieillissante se caractérise aussi par des modes de vie diversifiés, des profils de travail en évolution, des revenus variés et une participation accrue des femmes à la main-d'œuvre active.

Les réseaux traditionnels de soutien social évoluent aussi rapidement, et cela pourrait suffire à transférer le fardeau du soutien des soins de santé au secteur public. Vu que les dépenses du secteur public augmentent constamment, on ne peut pas vraiment s'attendre que le secteur public continue de fournir des soins de santé universels comme auparavant. Il faut favoriser les rapports de réciprocité traditionnels.

Pour bon nombre de groupes ethnoculturels, le fait d'insister sur la cohésion collective plutôt que sur l'individualisme pourrait fournir le moyen de répondre aux besoins de soins à long terme à l'avenir. Il faut aussi favoriser la socialisation axée sur les rapports entre générations pendant la petite enfance.

Une politique sociale qui encourage les responsabilités individuelles au lieu de mettre trop l'accent sur les droits individuels comme on le fait maintenant nécessite des échanges d'information interculturelle sur les groupes ethniques lorsqu'on peut trouver des exemples appropriés. Un organisme national pourrait notamment favoriser cet échange en établissant un répertoire de projets, de services et de connaissances sur les rapports ethnoculturels. Si l'information appropriée existe, on pourra ensuite favoriser une perspective interdisciplinaire et interculturelle pour résoudre divers problèmes.

Tout cela peut avoir comme résultat l'établissement d'un réseau informatique d'échange d'information ethnoculturelle sur la santé qui permettra aux éducateurs, aux chercheurs et aux autres institutions de communiquer entre eux et d'échanger des renseignements.

Les réseaux d'ordinateurs à haute vitesse peuvent faciliter l'accès aux données aux échelons local, régional, national et international. Il y aurait plusieurs avantages à l'établissement d'un tel réseau d'information:

- (1) une accessibilité accrue à l'information éducative multiculturelle sur la santé et les questions connexes;
- (2) une plus grande sensibilisation des services de santé aux questions transculturelles, notamment en ce qui concerne les minorités ethniques qui ne peuvent pas communiquer efficacement;
- (3) la prévention de conflits sociaux entre les fournisseurs des soins de santé et leurs clients à cause de malentendus au sujet des convictions et des pratiques culturelles en matière de santé;
- (4) la mise au point d'un système d'appui pour la santé sociale et mentale approprié du point de vue culturel;

[Texte]

(5) development of appropriate health care and educational information for ethnic minorities to better reflect the multicultural nature of Canadian society;

(6) development of a multicultural model of health care delivery systems;

(7) a more effective dissemination and use of existing data on immigrant and refugee mental health issues;

(8) identification of a research agenda for health issues and development of policies that reflect the diversity of our aging population.

In conclusion, with reference to many of the above, I am pleased to note that several new government initiatives have recently been introduced. The national Workshop on ethnicity and aging is one good example in which several government departments co-operated with national organizations to address common problems. Other examples are the national task force on mental health and the recently concluded demographic review. It remains for us to seriously consider and implement the many recommendations advanced. Thank you.

• 0930

The Chairman: Thank you very much, Professor Ujimoto. Certainly you have raised some very interesting aspects of health care within our ethnic populations. The graph and the statistics that you have provided are perhaps somewhat startling, at least to me. It seems amazing the range from within the ethnic groups from 16.5% for the Jewish and 14.5% for the Polish populations to Chinese and Italian at 6.7%. It is perhaps something that a lot of us have never considered. I would think that the bottom one, the native population, 3.5%, is something that may not be surprising. But certainly the range within those others is, and you may wish to comment on that.

What we will do is go a round of questioning for members who wish to ask questions of you. Mr. Fontana will begin, followed by Mr. White.

Mr. Fontana (London East): Thank you, Mr. Chairman, and thank you, Professor Ujimoto.

There is a lot of material, a lot of stuff, to digest, in which you raise a number of important issues.

On what do you base your premise that there may be a problem? I am wondering whether or not you feel that there are great economic efficiencies to be gained by having a more responsive sort of health care system, including health care professionals who can speak the language and understand the language of our multicultural citizens. I have no objection to that. I am just wondering whether or not you are looking at it from

[Traduction]

(5) l'obtention de renseignements appropriés sur les soins de santé et d'éducation pour les minorités ethniques qui reflètent mieux la nature multiculturelle de la société canadienne;

(6) la mise au point d'un modèle multiculturel de systèmes de soins de santé;

(7) une diffusion et une utilisation plus efficaces des données actuelles sur les questions reliées à la santé mentale des immigrants et des réfugiés;

(8) la mise au point d'un programme de recherche sur la santé et l'élaboration de politiques qui reflètent la diversité de notre population vieillissante.

Pour terminer, relativement à bon nombre de ces recommandations, le gouvernement a récemment annoncé plusieurs nouvelles initiatives. Le Groupe d'étude national sur les groupes ethniques et le vieillissement est un bon exemple d'initiative qui a permis à plusieurs ministères gouvernementaux de collaborer avec les organismes nationaux pour examiner certains problèmes. Il y a aussi le Groupe d'étude national sur la santé mentale, et l'étude démographique qui a été terminée récemment. Il vous reste maintenant à examiner sérieusement les nombreuses recommandations qui ont été formulées et à leur donner suite. Merci.

Le président: Merci beaucoup, professeur Ujimoto. Vous nous avez ouvert les yeux sur des aspects très intéressants des soins de santé pour nos populations ethniques. Le graphique et les chiffres que vous nous avez montrés sont peut-être quelque peu étonnants, ou du moins, c'est ce qui m'a semblé. Il me semble y avoir un écart ahurissant entre les divers groupes ethniques, qui vont d'un pourcentage de 16,5 p. 100 pour les Juifs, et de 14,5 p. 100 pour les Polonais, à 6,7 p. 100 pour les Chinois et les Italiens. Bon nombre d'entre nous n'y avaient sans doute pas réfléchi. Le dernier pourcentage de 3,5 p. 100 pour les autochtones n'est peut-être pas tellement étonnant, mais l'écart entre les autres pourcentages l'est certainement, et vous voudrez peut-être nous en dire un mot.

Je donnerai maintenant la parole aux membres du Comité qui veulent poser des questions. Nous commencerons par M. Fontana, et ensuite M. White.

M. Fontana (député de London-Est): Merci, monsieur le président, et merci, professeur Ujimoto.

Vous nous avez donné matière à réflexion sur bon nombre de questions importantes.

Sur quoi vous fondez-vous pour dire qu'il y a peut-être un problème? A votre avis, pourrait-on économiser beaucoup en ayant un système de soins de santé davantage axé sur les différences culturelles, qui comprendrait par exemple des professionnels de la santé qui peuvent parler la langue des divers groupes ethniques? Je n'aurais aucune objection à cela. Je me demande simplement si vous songez surtout à des questions d'économies, ou bien

[Text]

a position or a point of economics or whether you are looking at it from the standpoint that you do not think the health care system as we know it is delivering the kinds of services that the multicultural population needs and wants. I would like you to tell me if there are any indications that the health care system is perhaps failing. Is that what you are saying, or is it that it can be improved? But if it were improved, on what basis could you measure that improvement? Are you going to measure it in economic terms or are you going to measure it in better health care?

Let me give you an example. A heart attack is a heart attack. It does not matter whether an Italian, Polish, or Chinese person has a heart attack, the same sort of medical service is required to solve that heart attack problem. So perhaps you can tell me what areas you see where greater improvements can be made.

Prof. Ujimoto: I am not emphasizing economics or the health care. What I am trying to emphasize here is what I stated on systemic thinking, the interrelationships. When we look at health care, obviously at this time we are concerned with the national budget, etc. What I am trying to emphasize here, given current resources, is that with a better allocation or utilization of available resources through inter-disciplinary or cross-sharing of information we can cut down.

Now, when we look at health statistics and, let us say, heart attacks, heart attacks do not impact on all ethnic groups in the same way. There are ethnic differences. And yet our health care policies are geared to certain types of health care. Lactose intolerance is a very good example. Some people are intolerant of certain types of food, yet the prescription for certain types of illnesses do not take this into account. For example, take something like sleeping pill dispensation at 9 p.m. in many Ontario nursing homes. That is not necessary. If you look at the Chinese herbal medicines, vegetables, there are alternative sources that are far less costly than prescription drugs.

Finally, when you refer to heart diseases, much of that can be prevented. For example, you know that a heart bypass operation costs anywhere between \$15,000 to \$16,000 in Toronto. That is a lot of money when we could be spending that kind of money educating high school students on the ill effects of smoking. We react to illnesses after the fact.

What I am trying to say as an educator is that in 15 years to 20 years, if we have the appropriate educational and socialization system, I think our problems can be solved.

• 0935

On your second question, regarding the adequacy or inadequacy of multicultural and other services, I am a

[Translation]

si vous considérez que le système actuel de soins de santé ne fournit pas le genre de services dont notre population multiculturelle a besoin. Pouvez-vous me dire si quelque chose indique que notre système de soins de santé est en train d'échouer? Est-ce là ce que vous voulez dire, ou bien pensez-vous qu'on peut améliorer le système? S'il était amélioré, comment pourrait-on mesurer cette amélioration? La mesurerait-on du point de vue économique ou du point de vue de meilleurs soins de santé?

Par exemple, une crise cardiaque est toujours une crise cardiaque. Peu importe que la victime soit Italienne, Polonaise ou Chinoise, elle a besoin des mêmes services médicaux. Vous pouvez peut-être me dire où l'on pourrait apporter certaines améliorations?

M. Ujimoto: Je n'insiste pas plus sur les considérations économiques que sur les considérations de soins de santé. J'essaie d'insister plutôt sur les rapports de réciprocité, comme je l'ai signalé quand j'ai parlé d'une approche systémique. Quand on examine les soins de santé, il faut maintenant se préoccuper du budget national, et ainsi de suite. Ce que j'essaie de dire, c'est que nous pourrions réduire les dépenses, compte tenu des ressources actuelles, en faisant une meilleure répartition ou utilisation de nos ressources grâce au partage interdisciplinaire de l'information.

Quand on examine les données sur la santé, on constate que les crises cardiaques, par exemple, ne touchent pas tous les groupes ethniques de la même façon. Il y a des différences ethniques. Pourtant, nos politiques relatives aux soins de santé sont axées sur divers types de soins. L'intolérance au lactose est un très bon exemple. Certaines personnes ne peuvent pas tolérer certains genres d'aliments, mais les médicaments prescrits pour certaines maladies n'en tiennent pas compte. Ainsi, dans bon nombre de maisons de convalescence de l'Ontario, on distribue des pilules pour dormir à 21 heures. Ce n'est pas nécessaire. Les Chinois emploient des herbes et des légumes qui coûteraient beaucoup moins cher que des médicaments d'ordonnance.

Enfin, pour les maladies cardiaques, elles peuvent être prévenues en bonne partie. Vous savez par exemple qu'un pontage peut coûter de 15,000\$ à 16,000\$ à Toronto. C'est beaucoup d'argent, que l'on pourrait dépenser pour renseigner les élèves des écoles secondaires sur les effets nocifs du tabac. Nous réagissons à la maladie au lieu de la prévenir.

Ce que j'essaie de dire à titre d'éducateur, c'est que si nous avons un bon système d'enseignement et de socialisation, nous pourrions résoudre nos problèmes d'ici 15 ou 20 ans.

Dans votre deuxième question, vous me demandez si les services multiculturels et autres sont satisfaisants. Je

[Texte]

Canadian citizen. I have done my best to study French in British Columbia. Our educational system, based on our citizenship, to be a bilingual country seems to be encountering difficulties at the present time. According to December polls, bilingualism is an issue. If so, why is it becoming an issue?

If bilingualism is a problem in this country, what is going to happen to multiculturalism if we continue to think in the way we are thinking? Can we not start with a given, according to the historical precedents of our country, and say look, we are all citizens, why can we not share our resources from the various sectors? We have not been doing that because we have been very discipline-bound. We have been very departmentalized. We have never tried to think in terms of groups, societies, communities, or even governments and universities. It is segmented into the three tiers: government, industry, and the universities. That is a waste of effort, I think.

Mr. Fontana: I think you made a good point on the language issue and the nature of our country, but I guess that is for another committee and another time.

Prof. Ujimoto: But that is the problem, you see.

Mr. Fontana: I know what you are saying. And being Italian born and an immigrant here, I have no difficulties whatsoever with what you said.

What you are talking about in terms of health care and so on is based on the fact that you believe that right now there is not enough information sharing between the various sectors and even within the medical profession. I can understand what you have said because I know that in my own community of London, Ontario, which has some of the finest facilities in North America, if not the world, there have been some problems with respect to introducing such health care services as acupuncture and everything else because you have a medical community, as I understand it, that is very reluctant to embrace those kinds of different methods that come from different countries.

I know that you have made some excellent recommendations, but maybe you can tell me do you think that we can have the medical profession come together with the educators and the various different sectors to share and appreciate and I guess accept all that information in a way that is going to benefit the whole health care system?

Prof. Ujimoto: I am glad you mentioned your ethnic background, because the physician who is leading in addressing these issues happens to be someone who came from Italy, Dr. Ralph Masi, who is currently the president of the Canadian Multicultural Health Coalition, and he is making inroads across the country to get the medical practitioners to interface with others in the community.

For medical doctors to take time off from their practice to come out to a voluntary meeting in the evenings is very, very difficult. There has to be sufficient recognition

[Traduction]

suis citoyen canadien. J'ai fait mon possible pour étudier le français en Colombie-Britannique. Notre système d'enseignement, qui vise à faire des citoyens canadiens des gens bilingues, semble faire face à des problèmes à l'heure actuelle. D'après des sondages effectués en décembre, le bilinguisme est un problème. Si c'est effectivement le cas, pourquoi?

Si le bilinguisme est un problème au pays, qu'arrivera-t-il au multiculturalisme si nous continuons à penser de la même façon? Ne pourrions-nous pas tenir compte des précédents historiques de notre pays et nous dire que nous sommes tous des citoyens, et pourquoi ne pas partager les ressources de nos divers secteurs? Nous ne l'avons pas fait parce que notre société est très compartimentée. Nous n'avons jamais essayé de penser en fonction des groupes, des sociétés, des collectivités, ou même des gouvernements et des universités. Notre société est divisée en trois paliers: le gouvernement, l'industrie et les universités. C'est à mon avis un gaspillage d'efforts.

M. Fontana: Ce que vous dites au sujet du problème linguistique et de la nature de notre pays est très intéressant, mais il appartient plutôt à un autre comité de se pencher sur cette question à un autre moment.

M. Ujimoto: Mais c'est ça le problème, voyez-vous.

M. Fontana: Je sais ce que vous voulez dire. Étant d'origine italienne et ayant immigré au Canada, je comprends tout à fait ce que vous voulez dire.

En ce qui concerne les soins de santé, vous dites qu'à l'heure actuelle, il n'y a pas suffisamment d'échanges d'information, même au sein de la profession médicale. Je comprends tout à fait ce que vous voulez dire, car dans ma propre ville de London, en Ontario, qui dispose de quelques-unes des meilleures installations en Amérique du Nord, et peut-être même au monde, on a eu des problèmes à mettre en place certains services de soins de santé, comme l'acupuncture, car les milieux médicaux sont peu disposés à reconnaître les méthodes non traditionnelles qui proviennent d'autres pays.

Je sais que vous avez fait d'excellentes recommandations, mais peut-être pouvez-vous me dire si, à votre avis, les professionnels de la santé peuvent travailler en collaboration avec les enseignants et les autres secteurs afin d'échanger, de comprendre et d'accepter tous les renseignements qui pourraient être utiles au régime de soins de santé?

M. Ujimoto: Je suis heureux que vous ayez parlé de votre origine ethnique, car il se trouve que le médecin qui mène la lutte dans ce domaine est originaire aussi d'Italie. Il s'agit du Dr Ralph Masi, qui est actuellement président de la *Canadian Multicultural Health Coalition*, et qui a entrepris d'encourager les médecins canadiens à travailler en collaboration avec les autres secteurs de la collectivité.

Il est très difficile de convaincre les médecins de prendre le temps de venir bénévolement assister à une réunion le soir. Il faut essayer de les motiver à venir

[Text]

provided, plus incentives, for them to come out to these meetings. That is the main barrier at the present time.

The Chairman: Dr. Cole, I understand you may have to leave us shortly. With the permission of your colleagues you may like to ask some questions at this time.

Mr. Cole (York—Simcoe): You were talking about access to health care and you glossed over it rather quickly. I believe your statement was that we cannot be expected to have continual universal access to publicly funded health care. Is that the gist of what you said?

Prof. Ujimoto: No. I am trying to state that every time we try to come up with a new program to address any issue, we are trying to look for additional funds, and clearly the government cannot fund additional programs. What I was trying to emphasize is that, with a better reallocation of what we already have, a much more effective use can be made of the available funds.

For example, what is the point in placing an elderly Greek person in an institution because her illness cannot be diagnosed properly because of lack of interpreters? That is extra bed time or emergency time, and it need not occur in the first place. So by having the appropriate interpretation services or whatever in place, I think much of that overhead can be utilized in some other area.

• 0940

Mr. Cole: You were talking about the availability and accessibility of publicly funded health care. I think you referred to the fact that we cannot expect to be there, publicly funded 100%. Universal publicly funded health care has been a tradition in this country for a number of years now and I think has developed into one of the finest health care systems in the world. A lot of people come to this country and one of the major factors in coming to this country is our health care system. Are you now telling me that it is not the right system for the people—

Prof. Ujimoto: I would not go with that part.

Mr. Cole: Well, that is what you are saying. You are saying that—

Prof. Ujimoto: I should clarify the extent, then. I am not thinking in terms of either/or, but I am trying to moderate the excesses of the existing system. We cannot continue the way we are going, given limited resources.

Mr. Cole: What areas would you then suggest not be publicly funded?

Prof. Ujimoto: The areas we are covering obviously cannot be cut without raising some public outcry, but I feel to the degree or the extent to which we are doing them can be cut—and efficiently done. That is just the argument. I am not saying either/or, but to re-examine

[Translation]

assister à ces réunions, ce qui est très difficile actuellement.

Le président: Monsieur Cole, je crois comprendre que vous devez partir bientôt. Vous pouvez donc poser vos questions, si vos collègues n'y voient pas d'inconvénient.

M. Cole (York—Simcoe): Vous avez abordé plutôt brièvement la question de l'accessibilité aux soins de santé. Vous avez dit, je crois, que nous ne pouvions nous attendre à ce que l'on continue d'avoir un accès universel aux soins de santé financés par l'État. Est-ce bien essentiellement ce que vous avez dit?

M. Ujimoto: Ce que je veux dire, c'est que chaque fois que nous essayons de mettre sur pied un nouveau programme, nous cherchons à obtenir des fonds additionnels, et que le gouvernement n'est certainement pas en mesure de financer des programmes additionnels. Ce que je voulais dire, c'est qu'en réaffectant les ressources existantes, nous pourrions obtenir une utilisation beaucoup plus efficace des fonds disponibles.

Par exemple, à quoi sert-il de placer dans un établissement une personne âgée d'origine grecque parce que sa maladie ne peut être bien diagnostiquée en raison du manque d'interprètes? On monopolise ainsi un lit d'hôpital ou des services d'urgence, alors que cela n'est peut-être pas nécessaire au départ. Si les services d'interprétation ou autres services appropriés étaient en place, on pourrait alors utiliser une bonne partie de ces ressources à d'autres fins.

M. Cole: Vous avez parlé de la disponibilité et de l'accessibilité des soins de santé financés par l'État. Vous avez dit, je crois, que l'on ne pouvait s'attendre à ce que ces soins soient financés à 100 p. 100 par l'État. Les soins de santé universels financés par l'État sont une tradition au Canada depuis bon nombre d'années, et je crois que nous avons l'un des meilleurs régimes de soins de santé au monde. Beaucoup de gens viennent au Canada, et l'une des raisons pour lesquelles ils y viennent, c'est notre régime de soins de santé. Voulez-vous dire que nous n'avons pas le bon régime pour les gens. . .

M. Ujimoto: Ce n'est pas ce que j'ai voulu dire.

M. Cole: Eh bien, c'est ce que vous avez dit. Vous avez dit que. . .

M. Ujimoto: Permettez-moi alors de préciser. Je ne dis pas que cela devrait être l'un ou l'autre, mais je dis qu'il faudrait modérer les excès du régime actuel. Nous ne pouvons continuer ainsi, les ressources étant limitées.

M. Cole: Alors, quels programmes ne devraient pas à votre avis être financés par l'État?

M. Ujimoto: Les programmes qui sont actuellement financés ne pourraient être coupés sans que cela soulève un tollé dans la population, mais je pense qu'il est possible de réduire le degré ou la mesure dans laquelle nous fournissons ces programmes. C'est tout ce que je dis.

[Texte]

what we are doing in terms of the amount of funding we are putting into certain areas.

Mr. Cole: You are not making a recommendation that there be user fees or. . .

Prof. Ujimoto: Oh, no. I have stayed away from specifics like that. That is the economic. . . I am just concentrating on the sociological aspects, values and attitudes, and questioning to what extent we can continue to think the way we are thinking, given limited resources. That is all.

Mr. Cole: Following up a little bit more along that same type of line, in your comment about the Greek lady being put into an institution—and I can understand the difficulties there—is the answer then to continue with the mosaic type of approach where all the Greek people stay in the same Greek home and all the same Polish people stay—

Prof. Ujimoto: Not at all.

Mr. Cole: You said it is not feasible to put them into the other, so let us have some answers.

Prof. Ujimoto: The answer is this. We are living in an era called the information age. This is the global information age. Canada, as an ideal society, should be able to provide answers to interracial, interethnic conflict to the rest of the world. However, that is not our primary goal, is it? We have to survive as an economic superpower as well. What does this mean? We have resources from many, many new immigrants who speak the language, who are capable of acting as good resource persons here.

You take the Hungarian refugees who came to Canada in the late 1950s, the Czechoslovakian refugees. What do we as Canadians students really know about these home countries? All of a sudden eastern European countries are becoming more democratic and our business people are really not trained or educated. They also do not know anything about these eastern European countries because of our educational system. Why can we not use some of these elderly people, senior citizens, as resource people to come and talk to the high schools? It would build their self-esteem, they would not be isolated and they would have a sense of purpose. I think it will work. These are things that are actually happening. If this can be accomplished in communities other than Guelph, I think a lot of interesting things can be done.

It seems like an idealistic situation. However, without a bit of idealism in the educational system I think there is very little to look forward to. It is not a political solution. It is not an economic solution. However, I would like to integrate the social science aspects with issues facing Canadian society.

[Traduction]

Je ne dis pas que c'est l'un ou l'autre, mais qu'il faut réexaminer ce que nous faisons pour ce qui est des fonds qui sont consacrés à certains secteurs.

M. Cole: Vous ne recommandez pas qu'il y ait de frais modérateurs ou. . .

M. Ujimoto: Oh non. Je me garde bien d'être aussi précis. Je ne fais que me pencher sur les aspects, les valeurs et les attitudes sociologiques et me demander dans quelle mesure nous pouvons continuer à penser de la même façon, étant donné les ressources limitées. C'est tout.

M. Cole: Dans un même ordre d'idées, lorsque vous avez parlé de l'hospitalisation d'une dame d'origine grecque—et je peux comprendre les problèmes que cela pose—la solution serait-elle alors de continuer avec la même formule de type mosaïque que l'on connaît, c'est-à-dire où tous les Grecs sont réunis dans une même institution grecque et tous les Polonais. . .

M. Ujimoto: Absolument pas.

M. Cole: Vous avez dit qu'il n'était pas possible de les placer dans l'autre établissement, alors, donnez-nous des réponses.

M. Ujimoto: La réponse est la suivante. Nous vivons à l'ère de l'information. Il s'agit de l'ère de l'information planétaire. Le Canada, en tant que société idéale, devrait être en mesure d'apporter des réponses au reste du monde en ce qui concerne les conflits interraciaux, interethniques. Quoi qu'il en soit, là n'est pas notre premier objectif, n'est-ce pas? Nous devons également survivre en tant que superpuissance économique. Qu'est-ce que cela signifie? Il y a au Canada de nombreux immigrants qui parlent la langue, auxquels nous pouvons faire appel en tant que personnes ressources.

Prenons par exemple les réfugiés hongrois qui sont arrivés au Canada vers la fin des années 50, les réfugiés tchécoslovaques. Qu'est-ce que nos étudiants canadiens savent au sujet de ces pays? Tout d'un coup, les pays d'Europe de l'Est se démocratisent, et nos gens d'affaires ne sont pas vraiment formés ni éduqués à leur sujet. Ils ne savent absolument rien de ces pays d'Europe de l'Est, à cause de notre système d'enseignement. Pourquoi ne pourrions-nous pas utiliser ces personnes âgées, ces citoyens du troisième âge, comme personnes ressources et leur demander de venir parler aux élèves dans les écoles secondaires? Cela serait bon pour leur fierté, ils se sentiraient moins isolés et auraient l'impression d'être utiles. Je pense que cela pourrait fonctionner. Cela se fait déjà à l'heure actuelle à Guelph. Il serait fort intéressant de voir ce que cela pourrait donner si on le faisait ailleurs qu'à Guelph.

Cela semble peut-être idéaliste, mais s'il n'y a pas une certaine part d'idéalisme dans le secteur de l'enseignement, à mon avis, il n'y a pas grand-chose à espérer. Ce n'est pas une solution politique. Ce n'est pas une solution économique. Cependant, j'aimerais intégrer les notions des sciences sociales aux problèmes que connaît actuellement la société canadienne.

[Text]

[Translation]

• 0945

Mr. White (Dauphin—Swan River): Welcome, and thank you for your presentation, Professor Ujimoto.

First of all, on the ethnic make-up of our seniors, world-wide the estimates are that two-thirds of the world will live in Asia by the turn of the century, or soon into the next century. Do you see that as being reflected in our senior population in Canada? If so, how soon is it going to happen here?

Prof. Ujimoto: I have the data for what is happening. It differs. It is very difficult to generalize to Canada because it differs by provinces. If you look at the demographic make-up for the province of British Columbia, it has already commenced. Again, without looking at the economics of the situation, the demographic trend in British Columbia does indicate what you have alluded to in terms of people coming to the province of British Columbia.

Mr. White: Perhaps that will make the second part of the question a little easier. Do you see it happening in British Columbia already? Will it be needed in other parts of the country? Will Canada's health care system require radical changes other than the cultural sensitivity you spoke of? Do you see fundamental changes happening in British Columbia and being required elsewhere, besides just the cultural, sociological changes you spoke of?

Prof. Ujimoto: We are in a bit of a dilemma here, because Canada is a very democratic society. As I stated in my presentation, we are stressing individual rights more than we stress individual responsibilities. Where the problem I see may occur is in that gap between individuals pressing for their rights. . . Whether they are long-term Canadians or new immigrants, they are Canadians nevertheless.

The extent to which newcomers can contribute to the make-up of society is the crucial issue. If the newcomers are perceived as coming to Canada as a nice place to retire, and if this is also perceived as draining whatever we are offering in the health care area, then we are asking for trouble. That is the kind of information gap that needs to be bridged.

Mr. White: Just to follow up on that, it is not directly related, but I think it ties in. I heard two or three weeks ago that in Canada we are graduating about 500 more doctors every year than we really need. Do you think that is the case? Do we have too many doctors in Canada?

Prof. Ujimoto: I do not think we have too many doctors in Canada. What is happening with the professional sector is that we are asking too much. That is

M. White (Dauphin—Swan River): Je vous souhaite la bienvenue, professeur Ujimoto. Je vous remercie de votre exposé.

D'abord, en ce qui concerne la composition ethnique de notre population âgée, on estime à l'échelle mondiale que d'ici à la fin du siècle ou au début du siècle prochain, les deux tiers de la population mondiale vivront en Asie. À votre avis, cette situation se reflétera-t-elle dans notre population de personnes âgées au Canada? Dans l'affirmative, quand cela se produira-t-il au Canada?

M. Ujimoto: J'ai certaines données à ce sujet. Elles diffèrent. Il est très difficile de généraliser, car au Canada, ces données diffèrent selon les provinces. Prenez par exemple la composition démographique de la Colombie-Britannique. Cette tendance s'est déjà amorcée. Sans tenir compte des aspects économiques de la situation, la tendance démographique en Colombie-Britannique indique effectivement ce à quoi vous avez fait allusion pour ce qui est des gens qui arrivent dans cette province.

M. White: Peut-être cela va-t-il faciliter la deuxième partie de la question. Le constatez-vous déjà en Colombie-Britannique? Cela sera-t-il nécessaire dans d'autres régions du pays? Faudra-t-il apporter au système canadien de soins de santé des changements radicaux autres que la sensibilité culturelle dont vous avez parlé? Entrevoyez-vous que des changements fondamentaux seront nécessaires en Colombie-Britannique et ailleurs, mis à part les changements culturels et sociologiques dont vous avez parlé?

M. Ujimoto: Nous sommes en quelque sorte devant un dilemme, car le Canada est une société très démocratique. Comme je l'ai dit dans mon exposé, nous insistons davantage sur les droits individuels que sur les responsabilités individuelles. Là où il pourrait y avoir un problème à mon avis, c'est que les gens exigeront que leurs droits soient respectés, car qu'il s'agisse de Canadiens de longue souche ou de nouveaux immigrants, ce sont des Canadiens.

La question cruciale, c'est dans quelle mesure les nouveaux arrivants peuvent contribuer à la composition de la société. Si les nouveaux arrivants sont perçus comme des gens qui viennent au Canada pour finir leurs vieux jours, et si on a l'impression également qu'ils viennent épuiser nos services de santé, alors nous aurons des problèmes. Voilà le genre d'écart qu'il faut combler sur le plan de l'information.

M. White: Ma question suivante est dans le même ordre d'idées, bien qu'elle ne soit pas directement reliée. Il y a deux ou trois semaines, j'ai entendu dire qu'au Canada, nous formons chaque année environ 500 médecins de plus que nous en avons réellement besoin. Croyez-vous que c'est le cas? Avons-nous trop de médecins au Canada?

M. Ujimoto: Je ne crois pas que nous avons trop de médecins au Canada. Ce qui arrive dans le secteur professionnel, c'est que nous sommes trop exigeants. C'est

[Texte]

my basic belief, and it is not very appropriate for professors to give you individual beliefs. We usually base our lecturing on facts and data. But data appear to be very inappropriate when the emphasis appears to be on information and the lack of sharing of information.

Let me illustrate. When I started to publish articles in English, it was very easy to have my papers translated into French and have the abstracts provided. We have now sprung up an industry where we have to pay 75¢ per word to translate my articles. Well, where does the cost come from? The author usually has to bear this cost. We have reached the point where it is becoming very, very difficult to provide services because information is treated as a commodity.

Information, unlike in the churches, for example, is not being shared. All you have to do... and with due apologies to the lawyers, lawyers charge by the information they possess. My basic philosophy is to what extent can we draw a line? The extent to which we can provide the basics in life, food, shelter, clothing, and information, so individuals can survive. We have gone to the point, I think, or are close to the point, where information is not shared, information is copyrighted intellectual property and we have laws to protect that. Are we headed in the right direction?

• 0950

In universities today there is a cry to get into the professional schools after the bachelor's degree. I think Dr. Baker is aware of this. What happens? Students are hiding books from one section of the library and placing them in other sections. For reserved books, a fine of \$5 a day is not sufficient; \$5 per day for reserved books is a very small price to pay when you can deny the information to somebody else and you can increase your grade point average. That is the kind of society we are living in today.

Mr. White: You mentioned a few times preventive health care and the fact that we have a global information age. Just looking back, even over the past few months, as far as healthy diets and things like that go, we almost have an information overload and there are so many contradictions. I would use oat bran as an example: one day it is the greatest health item in the world and two weeks later there are news reports all over North America saying no, we were wrong. How do people, especially seniors, deal with that kind of thing? What can we do about it as a society?

Prof. Ujimoto: I do not think the seniors will be able to deal with it, because they do not have the fundamental skills to analyse that information.

[Traduction]

ce que je crois personnellement, et il ne convient peut-être pas qu'un professeur vous donne son avis personnel. Nos cours sont habituellement fondés sur des faits et des données. Mais les données semblent être tout à fait insuffisantes alors qu'on parle plutôt de l'information et du manque d'échanges d'information.

Permettez-moi de vous donner un exemple. Lorsque j'ai commencé à publier des articles en anglais, il était très facile de les faire traduire en français et de fournir des résumés. Aujourd'hui, je dois payer 75 cents le mot pour faire traduire mes articles. D'où provient ce coût? C'est habituellement l'auteur qui doit en payer le coût. Nous en sommes à un point où il devient extrêmement difficile de fournir des services, car l'information est considérée comme un produit de base.

L'information, contrairement à ce qui se fait dans les Églises par exemple, n'est pas partagée. Tout ce qu'il faut faire... Toutes mes excuses aux avocats, mais ces derniers font payer selon les renseignements qu'ils possèdent. Je me demande dans quelle mesure on peut imposer une limite. Dans quelle mesure nous pouvons fournir les services essentiels, l'alimentation, le logement, les vêtements et l'information, pour permettre aux gens de survivre. Nous sommes arrivés ou près d'arriver au point où l'information n'est pas partagée, où il s'agit d'une propriété intellectuelle protégée par des droits d'auteur et par des lois. Je me demande si nous allons dans la bonne direction.

Dans les universités, aujourd'hui, on essaie à tout prix d'entrer dans les écoles professionnelles après avoir obtenu le baccalauréat. Je pense que M. Baker est au courant. Qu'arrive-t-il? Les étudiants cachent des livres d'une section de la bibliothèque en les plaçant dans d'autres sections. Pour les livres réservés, une amende de 5\$ par jour n'est pas suffisante. Cinq dollars par jour, ce n'est pas payer très cher pour priver quelqu'un d'autre d'informations et pour augmenter ses notes. Voilà le genre de société dans laquelle nous vivons aujourd'hui.

M. White: Vous avez mentionné à quelques reprises les soins de santé préventifs et le fait que nous vivons à l'ère de l'information mondiale. Si l'on revient en arrière, même de quelques mois, en ce qui concerne les habitudes alimentaires saines, et ce genre de choses, il y a presque surabondance d'information et il y a également de nombreuses contradictions. Prenons par exemple le son d'avoine: un jour, c'est l'aliment le plus sain au monde, et deux semaines plus tard, dans tous les reportages en Amérique du Nord, on dit que nous nous sommes trompés, que ce n'est pas le cas. Comment les gens, particulièrement les personnes âgées, peuvent-ils comprendre ce genre de choses? Que pouvons-nous faire à ce sujet en tant que société?

M. Ujimoto: Je ne pense pas que les personnes âgées seront en mesure de faire la part des choses, car elles n'ont pas les connaissances de base voulues pour analyser ces informations.

[Text]

What you are saying is true: there are reports and there are contradictory reports. However, how many of us take the time to analyse these reports in depth, to look at the background variables?

The best illustrations are the famous pollsters in North America who went to Nicaragua to predict the election outcome. Why did they fail? They used the same techniques as they use in Canada, which is based on the availability of telephones and a democratic society. If you take the same techniques to another society and use the same methodology, it is going to fail. The same can be said about different ethnocultural groups in Canada. They view things differently. The basic question is why.

The newspapers in Canada always report percentages, especially with reference to immigration scares. "A 300% increase in immigrants from such-and-such a country". What is that percentage based on? You see?

The Chairman: Certainly at 75¢ a word talk is not cheap. So, Dr. Wilbee, you might like to give us your 2¢ worth now.

Mr. Wilbee (Delta): I apologize for being late; I had another meeting. Could you just tell me what is your background? Are you an MD or PhD or sociologist?

Prof. Ujimoto: No. I am an RCAF flying officer, retired. My background is RMC mathematics and physics. I was the project officer on the CF-104 program at Cold Lake, Alberta. I was gung-ho on all these high technology things. However, that is not the answer to what we are faced with, and I decided to change my field of endeavour.

I was stationed in Ottawa in the early 1960s when CUSO first developed, took roots here, and Mr. Lewis Perinbaum kindly nudged me that I was wasting my time holding the various VIP limousine doors open on Parliament Hill. I started to volunteer for CUSO. In 1962 I went to Japan, found out I was really not a Canadian nor a Japanese. I was in limbo, because in Japan I was perceived as a Japanese visually but when it came to reading or writing I was very illiterate.

Anyway, I was determined to get into graduate school and study a bit about that culture, and that is how I came into sociology.

But the interdisciplinary focus is what I am trying to concentrate on from very much a systems perspective. We cannot continue to work in isolation, either as nations, communities, or individuals.

[Translation]

Ce que vous dites est vrai: il y a des rapports contradictoires. Quoi qu'il en soit, combien d'entre nous prennent le temps d'analyser ces rapports en profondeur, d'en examiner tous les éléments?

Le meilleur exemple, c'est lorsque les sondeurs d'Amérique du Nord sont allés au Nicaragua faire un sondage sur les résultats des élections. Pourquoi ont-ils échoué? Ils ont utilisé les mêmes techniques qu'au Canada, basées sur la disponibilité des téléphones et sur une société démocratique. Si l'on prend ces mêmes techniques et cette même méthode et qu'on les applique à une autre société, on ne peut qu'échouer. La même chose est vraie au sujet des différents groupes ethnoculturels au Canada. Ils ne voient pas les choses de la même façon. Mais pourquoi? Voilà essentiellement la question qu'il faut se poser.

Les journaux canadiens font toujours état de pourcentages, particulièrement lorsqu'il est question d'immigration: «Une augmentation de 300 p. 100 des immigrants provenant de tel ou tel pays.» Sur quoi un tel pourcentage est-il fondé? Comprenez-vous?

Le président: À 75c. le mot, la conversation devient coûteuse. Alors, monsieur Wilbee, à vous de dire quelques mots afin que nous en ayons pour notre argent.

M. Wilbee (Delta): Je m'excuse d'être en retard. J'avais une autre réunion. Pouvez-vous me parler de vos antécédents? Êtes-vous médecin, sociologue, ou avez-vous un doctorat?

M. Ujimoto: Non. Je suis un lieutenant de l'Aviation royale du Canada à la retraite. J'ai étudié les mathématiques et la physique au collège militaire royal. J'ai travaillé comme agent de projet au programme du CF-104 à Cold Lake, en Alberta. J'avais beaucoup d'enthousiasme pour tous ces projets de haute technologie. Cependant, cela ne m'a pas apporté de réponse aux problèmes que nous connaissons, et j'ai décidé de changer de domaine.

Je me trouvais en poste à Ottawa, au début des années 60, lorsque le SUCO a été créé et qu'il s'est établi ici. M. Lewis Perinbaum m'a gentiment fait comprendre que je perdais mon temps à ouvrir les portes des limousines des personnalités sur la colline du Parlement. J'ai donc commencé à travailler comme bénévole pour le SUCO. En 1962, je suis allé au Japon. Je me suis alors rendu compte que je n'étais pas vraiment Canadien ni Japonais, car même si au Japon j'étais perçu visuellement comme un Japonais, lorsqu'il s'agissait de lire ou d'écrire, j'étais analphabète.

Quoi qu'il en soit, j'étais décidé à entrer à l'école des études supérieures pour étudier cette culture, et c'est de cette façon que je me suis intéressé à la sociologie.

Mais ce sont surtout les aspects interdisciplinaires du système qui m'intéressent. Nous ne pouvons continuer à travailler isolément en tant que nations, collectivités ou individus.

[Texte]

Mr. Wilbee: The reason I asked that question is you mentioned traditional medications and herbal medications and so on. If a drug is introduced into Canada, it goes through a very strict and rigorous examination, with studies and so on. We did have the example a few years ago in Vancouver, which you may be aware of, where this wonder drug that cured arthritis had a lot of herbal components to it, but it also contained phenylbutazone, which is essentially banned in Canada, thyroid and so on. So you are bound to feel good if you take it, even though it is damaging you.

One of the concerns I have with the ethnic medicine is if there is any type of a control. Should they be subject to the same type of investigation as any medication that is used in Canada? For example, because something is herbal, that does not mean it is good. We can eat laburnum seeds, they grow on a tree, yet they are poisonous. We do not know about a lot of these medications.

• 0955

Prof. Ujimoto: There is a lot of information that can be provided, and it would be nice for the students going through our universities to be able to say this is what this particular group does for a particular ailment—for example, how do the native groups view certain types of traditional medicine?

University of Alberta anthropologists are in medical anthropology, researching these questions. There are beliefs, and beliefs impact on one's well-being. I think it is tied into one's religious beliefs as well as values. You mentioned newcomers to Vancouver. If a real estate sales person is aware of the traditional cultures of the Chinese and the way the building should be facing, whether the house should be numbered 4 or 44, then they make a sale. Regardless of all the Canadian amenities, that house will not sell because of certain beliefs. "Tingshui" is the term and these are beliefs.

You are asking a scientific question, how to assess the scientific data. But in health care I think there is another component which is beyond quantitative data. There is a qualitative aspect to it which we have very little information on. It is up to the future generation of students to come up with some data base to assist these differences. Why does something work for some people and not for others? Look at the variations in cancers by ethnic group. That is a fascinating study. Stomach cancer may be much more prevalent in the Japanese than heart disease or whatever. So is it the diet, or is it genetic? We have very little information on that at the present time.

[Traduction]

M. Wilbee: La raison pour laquelle je vous ai posé cette question, c'est que vous avez parlé de la médecine traditionnelle, de la phytothérapie, et ainsi de suite. Lorsqu'un médicament est introduit au Canada, il doit subir un examen très strict et détaillé et faire l'objet d'études. Nous en avons eu un exemple il y a quelques années à Vancouver. Vous êtes peut-être au courant. Il s'agissait d'un médicament merveilleux qui devait guérir l'arthrite, les problèmes de thyroïde, etc., et qui contenait de nombreuses herbes, mais aussi du phénylbutazone, qui est interdit au Canada, de sorte qu'on avait l'impression que ce médicament était bon pour la santé, même si en réalité il était nocif.

Je me demande si les médicaments ethniques sont soumis à un certain contrôle. Devraient-ils être soumis au même genre d'enquête que tout médicament qui est utilisé au Canada? Par exemple, ce n'est pas parce qu'un médicament contient des herbes qu'il est nécessairement bon. On peut prendre des graines de cytise, qui est un arbre, mais ces graines sont toxiques. Nous ne savons pas beaucoup de choses au sujet de ces médicaments.

M. Ujimoto: Il est possible d'aller chercher pas mal d'informations à ce sujet, et il serait bien que les étudiants qui fréquentent nos universités puissent dire ce que tel groupe ethnique peut faire dans le cas d'une maladie en particulier—par exemple, que pensent les groupes autochtones de certains types de médecines traditionnelles?

Les anthropologues de l'Université de l'Alberta qui étudient l'anthropologie médicale se penchent sur ces questions. Il existe des croyances, et les croyances ont des conséquences sur le bien-être d'une personne. Elles sont liées aux croyances religieuses et aux valeurs. Vous avez parlé de nouveaux arrivants à Vancouver. Si un agent immobilier connaît les cultures traditionnelles des Chinois et la façon dont un immeuble devrait être orienté, si la maison devrait porter le numéro 4 ou 44, alors il aura du succès. Peu important les valeurs canadiennes, telle maison ne se vendra pas en raison de certaines croyances. Ces croyances s'appellent «Tingshui».

Vous avez posé une question précise, c'est-à-dire comment évaluer les données scientifiques. Mais dans le domaine des soins de santé, il existe un autre élément qui va au-delà des données quantitatives. Il s'agit d'un élément qualitatif au sujet duquel nous avons très peu d'informations. Il appartiendra à la génération future d'étudiants de mettre au point une base de données pour aider à atténuer ces différences. Pourquoi telle chose fonctionne-t-elle pour certaines personnes et pas pour d'autres? Prenez par exemple les écarts entre les groupes ethniques pour ce qui est du cancer. C'est fascinant. Le cancer de l'estomac est beaucoup plus fréquent chez les Japonais que les maladies cardiaques par exemple. Est-ce dû à l'alimentation, ou est-ce génétique? Nous avons très peu d'informations à ce sujet à l'heure actuelle.

[Text]

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): I apologize to Dr. Ujimoto for having missed his presentation. Dr. Ujimoto, have you addressed the issue of qualification of foreign-trained, foreign-born health care professionals, doctors and non-doctors, in terms of the countries? I realize that this is a provincial jurisdiction. How do you see the attitude of the Canadian Medical Association insofar as encouraging or discouraging the entry of foreign-trained medical graduates?

Prof. Ujimoto: That issue is being addressed by the Canadian Multicultural Health Coalition in Toronto at the present time. It is a very difficult issue because we are using a very broad category called foreign doctors, and the use of foreign doctors in Canadian hospitals. Let us return to your original question on how we assess. It is a very difficult issue because it is also related to the beliefs and attitudes of the particular country.

Let me give you one specific example. Doctors who are trained in Japan and who are here as practising physicians are not really that popular with the Japanese immigrant clients because of the cultural barriers between Japanese and Japanese. If you take a choice in Vancouver between practising psychiatrists and a Canadian doctor, Japanese elderly immigrants prefer the Canadian doctor, if there is an interpreter or whatever. It is precisely because in Canada doctors are much more friendly. They are much more open to questions if you have the time, whereas in Japan they are very authoritarian. They are god-like figures; you are supposed to respect them.

Mr. Pagtakhan: That is a very interesting observation.

Prof. Ujimoto: That is just one ethnic group. Do not generalize. I am sure Italian doctors are different.

Mr. Fontana: They like to argue a lot.

Mr. Pagtakhan: It is an interesting observation. I glean from that that it could be other than language alone; it could be other than cultural—

Prof. Ujimoto: Oh, definitely; it is not language, no.

Mr. Pagtakhan: Would the impact on health delivery concern both the diagnosis and the understanding of treatment?

Prof. Ujimoto: I think it is a shame that doctors with training in medicine from Poland are working in Toronto's used car sales lots when they could be acting not as doctors, perhaps, but as facilitators in the health care system.

• 1000

Mr. Pagtakhan: If I pursue that in following the question of my colleague, Dr. Wilbee, of course physicians always pride themselves in saying that medicine is universal, that medical knowledge is universal, and is supposed to be so. Following that principle and the question of Dr. Wilbee, how do you see

[Translation]

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Je m'excuse auprès de M. Ujimoto d'avoir manqué son exposé. Monsieur Ujimoto, avez-vous examiné le problème de l'accréditation des professionnels de la santé nés et formés à l'étranger, médecins et autres? Je sais que cette question relève de la compétence provinciale. Que pensez-vous de l'attitude de l'Association médicale canadienne pour ce qui est d'encourager ou de décourager l'entrée de médecins formés à l'étranger?

M. Ujimoto: La *Canadian Multicultural Health Coalition* (Coalition canadienne multiculturelle de la santé) à Toronto, se penche actuellement sur cette question. Cela est assez difficile, car nous utilisons une catégorie assez large, que l'on appelle médecins étrangers, dans les hôpitaux canadiens. Revenons à votre question initiale sur l'évaluation. Cela pose un problème, car cela est également lié aux croyances et aux attitudes d'un pays en particulier.

Permettez-moi de vous en donner un exemple. Les médecins qui sont formés au Japon et qui exercent au Canada ne sont pas vraiment populaires parmi les immigrants japonais en raison des barrières culturelles qui existent entre Japonais. À Vancouver, un immigrant âgé d'origine japonaise préférera le médecin canadien au médecin d'origine japonaise, même s'il y a un interprète. C'est qu'au Canada, les médecins sont beaucoup plus aimables. Ils sont beaucoup plus ouverts aux questions, tandis qu'au Japon, ils sont très autoritaires. Ils sont comme des dieux; vous devez les respecter.

M. Pagtakhan: Cela est très intéressant.

M. Ujimoto: Mais il s'agit d'un groupe ethnique bien particulier. Il ne faut pas généraliser. Je suis certain que les médecins italiens sont différents.

M. Fontana: Ils aiment bien discuter.

M. Pagtakhan: C'est intéressant. J'en déduis donc qu'il ne s'agit pas uniquement d'une question de langue; ce n'est pas seulement une question de culture. . .

M. Ujimoto: Certainement pas; ce n'est pas une question de langue, non.

M. Pagtakhan: Cela a-t-il des conséquences sur les soins de santé à la fois pour ce qui est du diagnostic et de la compréhension du traitement?

M. Ujimoto: À mon avis, il est vraiment dommage que des médecins formés en Pologne travaillent à Toronto comme vendeurs de voitures d'occasion alors qu'ils pourraient, sans nécessairement avoir un cabinet de consultation, travailler dans le domaine des soins de santé.

M. Pagtakhan: Pour faire suite à la question de mon collègue, M. Wilbee, il est évident que les médecins ont toujours été très fiers d'affirmer que la médecine est universelle, que les connaissances médicales sont universelles, ou qu'elles devraient l'être. Donc, pour faire suite à la question de M. Wilbee, à votre avis, comment

[Texte]

testing of drugs on an international basis, and approaches to diseases on an international basis? Are we addressing this now as a country? Or how far are we lagging behind?

Prof. Ujimoto: You are asking a very important question of the wrong person because there are experts in Health and Welfare. The Canadian representatives to the World Health Organization would be the best people to answer that question because, as you know, the World Health Organization has been attempting to come up with standard definitions for certain types of terminology, including "health" by the way, and it has taken many, many years to come to agreement.

The secondary issue of standards I think will be a very, very difficult issue. However, it is being addressed by the Canadian representatives at the World Health Organization.

The Chairman: Professor Ujimoto, on behalf of the committee I extend our sincere thanks to you. You have provided us with some refreshing information, evidence we have not heard before. It has been interesting. I always regret that we do not have the time we would like to spend with witnesses. I think it is evident by the questions that you had from members of the committee that they are interested in your presentation.

Prof. Ujimoto: Again, thank you very much for the opportunity to appear here. Since my submission, I have revised the paper. This paper I will be leaving with you will have the supporting bibliographic references for your bedtime reading.

Mr. Fontana: That is very helpful.

• 1005

The Chairman: It is a pleasure once again on behalf of the standing committee to welcome our next group of witnesses, the representatives of the VON. We have Dr. Helen Mussallem, the president of VON. I wonder, Dr. Mussallem, if I could have you introduce your colleagues, not only for the benefit of the members but for the recording staff as well.

Dr. Helen Mussallem (President, Victorian Order of Nurses for Canada): Thank you, Mr. Chairman and committee members. We do appreciate this opportunity to offer some positive suggestions for improvement of the Canadian health care system and cost-effective solutions for its funding.

With me are Mrs. Donna Roe, our national director; Mary Buzzell, from the Hamilton-Wentworth Branch of VON and recently the VON Canada director of services for the elderly; and last but not least, Mrs. Cathy Bonnah, the national co-ordinator of our PEP project, PEP being an acronym for Promoting Elders Participation.

[Traduction]

les médicaments devraient-ils être mis à l'essai à l'échelle internationale et comment devrait-on essayer de trouver des remèdes à certaines maladies à l'échelle internationale? Le Canada participe-t-il actuellement à ces recherches? Ou est-ce qu'il accuse un retard important par rapport à d'autres pays?

M. Ujimoto: Votre question est très importante, mais vous la posez à la mauvaise personne, car il y a des experts à Santé et Bien-être. Les représentants du Canada à l'Organisation mondiale de la santé seraient les mieux placés pour vous répondre, car, comme vous le savez, l'OMS tente depuis de nombreuses années de s'entendre sur des définitions standards pour certains termes, notamment pour le mot «santé».

À mon avis, le problème secondaire des normes posera beaucoup de difficulté. Quoi qu'il en soit, les représentants du Canada à l'Organisation mondiale de la santé se penchent sur cette question.

Le président: Professeur Ujimoto, je vous remercie au nom du Comité. Vous nous avez présenté un point de vue tout à fait nouveau, que nous n'avons jamais entendu auparavant. Votre témoignage a été fort intéressant. Je regrette que nous n'ayons pas davantage de temps à consacrer à nos témoins. Les questions que vous ont posées les membres du Comité témoignent de l'intérêt qu'a suscité votre exposé.

M. Ujimoto: Encore une fois, je vous remercie beaucoup de l'occasion qui m'a été donnée de comparaître devant votre Comité. Depuis que je l'ai présenté, j'ai modifié mon mémoire. Le document que je vous laisse comme livre de chevet est accompagné d'une bibliographie.

M. Fontana: Cela est très utile.

Le président: Nous avons le plaisir d'accueillir, une fois de plus, le groupe de témoins suivant, les représentants des Infirmières de l'Ordre de Victoria. Sa présidente, M^{me} Helen Mussallem, se trouve ici. Madame Mussallem, pourriez-vous nous présenter vos collègues afin que nous puissions noter leurs noms.

Mme Helen Mussallem (présidente, Infirmières de l'Ordre de Victoria, Canada): Merci, monsieur le président et membres du Comité. Nous nous réjouissons de pouvoir formuler quelques suggestions positives en vue d'améliorer les services de santé du Canada et la façon dont ils sont financés.

Je suis accompagnée de M^{me} Donna Roe, notre directrice nationale, de Mary Buzzell, de notre section de Hamilton-Wentworth, qui est, depuis peu, la directrice des services aux personnes âgées de IOV et enfin, de M^{me} Cathy Bonnah, coordonnatrice nationale de la promotion de la participation des aînés.

[Text]

As you know from our brief, VON serves about 100,000 individuals and their families yearly through its 73 branches across Canada from coast to coast. These branches are staffed by 4,000 professional nurses and other staff, and over 6,500 volunteers. VON Canada provides the majority of its services to the elderly, who make up about 80% of VON's case-load. In 1988 64,380 patients over 65 years of age received 2,269,985 visits by VON nurses.

VON services cover a wide spectrum, from health promotion and enabling seniors to benefits from long-term care and palliative care services that assist people to remain in their homes rather than be institutionalized. Thousands of volumes have been written and millions of words have been spoken on the current methods of government funding that discourage less costly alternatives to institutionalized care for the frail, elderly and chronically ill persons, but VON Canada does much more than produce statements. Over the past 93 years VON has provided a natural hands-on practice, a cost-effective, quality alternative to hospitalization; that is, care in the home as well as an impressive list of more than 35 community-based services. These are noted in appendix 2 of our brief. A very few narrative examples to validate these VON services appear on pages 16, 17 and 20, which you will all have read.

To summarize the health cost dilemma for the elderly in the broader Canadian health context, one can say that the documented evidence reveals that many talk and VON acts. To illustrate this I would ask Cathy Bonnah, VON's national PEP co-ordinator, to speak to recommendations 1 and 6. These recommendations are attached to the hand-outs you have just received. Cathy will briefly outline for you tangible examples of the involvement of seniors in both the planning and provision of services to include rural Canada.

Ms Cathy Bonnah (National Co-ordinator for Promoting Elders Participation, Victorian Order of Nurses for Canada): In 1985 VON sponsored a three-year community development project that is funded by the Health Promotion Program of Health and Welfare Canada. The PEP Project is based on this model, which was developed by two VON branches in rural Ontario to assist with the development of voluntary home support services for seniors. PEP is currently funded by the Seniors' Independence Program of Health and Welfare Canada.

[Translation]

Comme nous le disons dans notre mémoire, l'Ordre de Victoria dessert chaque année environ 100,000 personnes et leurs familles par l'entremise de ses 73 sections réparties aux quatre coins du pays. Ces sections regroupent 4,000 infirmières professionnelles et autres employés et plus de 6,500 bénévoles. IOV Canada dessert surtout les personnes âgées, qui représentent environ 80 p. 100 de sa clientèle. En 1988, 64,380 patients âgés de plus de 65 ans ont reçu 2,269,985 visites d'infirmières de l'Ordre de Victoria.

Nous offrons aux personnes âgées tout un éventail de services allant de la promotion de la santé aux services de soins de longue durée et de soins palliatifs qui les aident à rester chez elles au lieu d'être placées dans des établissements. Les méthodes de financement actuelles, qui défavorisent les solutions peu coûteuses au profit des soins en établissement pour les personnes âgées et les malades chroniques, ont fait couler beaucoup d'encre et beaucoup de salive, mais notre organisme ne se contente pas de belles paroles. Depuis 93 ans, les Infirmières de l'Ordre de Victoria offrent une solution de rechange à la fois naturelle, pratique, rentable et de qualité en dispensant des soins à domicile, et une liste impressionnante de plus de 35 services communautaires. Cette liste figure à l'annexe 2 de notre mémoire. Nous en avons décrit quelques exemples aux pages 16, 17 et 20, que vous avez dû lire.

Pour résumer le problème des personnes âgées dans le contexte global de la santé, disons que les Infirmières de l'Ordre de Victoria agissent pendant que les autres se contentent de belles paroles. Je demanderais à Cathy Bonnah, la coordonnatrice de notre programme national de promotion de la participation des aînés, de vous parler de nos recommandations 1 et 6. Elles accompagnent les documents que vous venez de recevoir. Cathy vous citera brièvement quelques exemples concrets de la participation des personnes âgées à la planification et à la prestation des services, y compris dans les régions rurales.

Mme Cathy Bonnah (coordonnatrice nationale de la promotion de la participation des aînés, Infirmières de l'Ordre de Victoria, Canada): En 1985, IOV a parrainé un projet de développement communautaire d'une durée de trois ans, qui est financé par le Programme de promotion de la santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Notre projet de promotion de la participation des aînés s'inspire de ce modèle et a été mis au point par deux de nos sections de nos régions rurales de l'Ontario en vue de favoriser la mise sur pied de services de soutien bénévoles à domicile pour les personnes âgées. Ce projet est actuellement financé par le Programme d'aide à l'autonomie des aînés du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

• 1010

Seniors across Canada have strongly affirmed their intense desire to maintain their independence in the community and their wish to be involved not only in

Les personnes âgées de tout le pays ont manifesté un désir intense de rester indépendantes et de participer non seulement à la détermination de leurs besoins, mais

[Texte]

identification of their need but also in the planning and development of services to address these needs.

Through PEP project surveys with seniors we have found that between 15% to 30% of seniors would like to take an active part in the development of home support services that improve their quality of life. Through such community ventures, seniors and interested community members have developed a range of programs. These include meals on wheels, snow shovelling, friendly visiting, transportation programs, luncheon clubs, etc. Seniors have indicated that they want to be involved, not only in direct service, but also in the planning and development of programs to meet their needs.

Services are enriched when consumers are fully involved in the design and evaluation of health and social programs, and seniors have tremendous skills and expertise to offer to planners and policy-makers. In a project in rural Ontario, seniors were the first to identify the problem of elder abuse, and they then initiated a task force to address this issue. Seniors in that region were also very involved on local service planning committees, district health council committees, etc., and this enriched both the delivery of services and seniors' ability to contribute to them.

A second issue concerns the needs of rural areas. Approximately one-third of Canada's seniors reside in centres of less than 10,000 persons. It is not uncommon to find towns with percentages of seniors ranging from 20% to 25%. Service delivery in rural areas is complicated by distance and climates, availability of workers, fewer service options, and at times lack of knowledge of programs. In order to meet the needs of rural areas, innovative models are required that address the unique situation in rural areas and facilitate regional and local determination of need, as well as creative service delivery options.

Ms Donna Roe (National Executive Director, Victoria Order of Nurses for Canada): Our view and experience indicate that health care in the community is cost-effective and is preferred by Canadians. VON believes that the federal government has the opportunity to force funding shifts to both health promotion and other community health services.

I understand that federal funding to the provinces since 1977 has been intended for the extended health care services that include home care. Now it is 13 years later and the provincial home care programs are not consistent in their services or development. Although tremendous

[Traduction]

également à la planification et à l'élaboration des services visant à y répondre.

Les sondages que nous avons effectués auprès des personnes âgées dans le cadre de notre projet PPA ont révélé que 15 à 30 p. 100 d'entre elles souhaitaient participer activement à la mise en place de services de soutien à domicile susceptibles d'améliorer leurs conditions d'existence. Les personnes âgées et les membres intéressés de la collectivité ont ainsi mis en place tout un éventail de programmes dans le cadre de ces initiatives communautaires. Il s'agit notamment de services de livraison de repas à domicile et de déblaiement de la neige, de visites amicales, de services de transport, de cercles de déjeuner-causerie, etc. Les personnes âgées ont manifesté le désir de participer non seulement à la prestation directe des services, mais également à la planification et à l'élaboration de programmes visant à répondre à leurs besoins.

Lorsque les consommateurs mettent la main à la conception et à l'évaluation des services de santé et des programmes sociaux, les services s'en trouvent enrichis, et les personnes âgées ont beaucoup d'expérience et de savoir-faire à mettre à la disposition des planificateurs et des décideurs. Dans le cadre du projet entrepris dans une région rurale de l'Ontario, les personnes âgées ont été les premières à mettre en lumière le problème des mauvais traitements dont les gens de leur génération étaient souvent victimes et elles ont instauré un groupe de travail sur cette question. Les personnes âgées de la région ont également participé aux comités locaux de planification des services, aux comités des conseils sanitaires, etc., ce qui a permis d'améliorer les services et de faire participer les personnes âgées.

Pour ce qui est des besoins dans les régions rurales, environ le tiers des personnes âgées du pays résident dans des villes de moins de 10,000 habitants. Il arrive que dans certaines villes, il y ait 20 à 25 p. 100 de personnes du troisième âge. La prestation des services dans les régions rurales est compliquée à cause de la distance et du climat, du manque de travailleurs, du manque de solutions de rechange, et parfois aussi du manque d'information sur les programmes. Pour répondre aux besoins des régions rurales, il faut des modèles novateurs qui tiennent compte de leur situation particulière et qui aident à déterminer les besoins régionaux et locaux, et il faut également offrir d'autres options pour la fourniture des services.

Mme Donna Roe (directrice générale nationale, Infirmières de l'Ordre de Victoria, Canada): A notre avis, les soins de santé communautaires sont rentables, et les Canadiens les préfèrent aux autres types de services. Le gouvernement fédéral pourrait certainement financer davantage la promotion de la santé et les autres services de santé communautaires.

Si j'ai bien compris, les fonds versés par le gouvernement fédéral aux provinces depuis 1977 devaient couvrir les services de santé élargis, y compris les soins à domicile. Nous constatons que, 13 ans plus tard, les programmes de soins à domicile des provinces manquent

[Text]

strides have been achieved, such limitations as lack of 24-hour services and support are significant barriers to home care being an alternative to institutional care.

Dr. John Evans, a health economist, whom no doubt you are familiar with in your work, cites that the great costs to the health system are in fact in the last year of our lives, regardless of our age. The whole area of palliative care is one example, Mr. Chairman, where this shift to community services could occur.

Rachlis and Kushner, in their recent book *Second Opinion*, ask how it is that our system will pay without a quibble for ineffective treatments like chemotherapy for most lung cancers and yet offer only limited access to palliative care. They go on to ask why terminal patients should be required to pay for their own nurses and homemakers if they choose to die at home.

As a pilot project, in 1985 the VON Hamilton-Wentworth Branch provided shift nursing and support services to those palliative patients who needed such services over a 24-hour period but did not have coverage with their personal insurance. The costs were less than double what they would have been in hospital. Let me clarify that the costs in hospital are more than double their care in the community, and we have all the documentation to support this should you want to look into it further.

Further, of course, the acute care beds were available for other admissions. And if you look at it from the terms of reallocation, the costs associated with those beds have the potential, I believe, to be shifted to community palliative care services.

• 1015

Another example that has come before your committee is the Greater Victoria Health Project, which in an 18-month period was able to move \$1 million from the institutional service to the community, and as a result closed 60 of the institutional beds.

Many of us in the health system believe that more money is not necessary. Leadership is needed to direct the reallocation of funds to community health and social services. One wonders if the inclusion of home care services as insured services would provide the federal lever needed to force such a reallocation. From my experience I know Canadians would welcome such a shift.

Mary Buzzell, of our Hamilton branch and recently our national director of services for the elderly, will give

[Translation]

d'uniformité sur le plan des services offerts. D'énormes progrès ont été réalisés, mais l'absence de services de 24 heures et de services de soutien, par exemple, empêche les soins à domicile de vraiment remplacer les soins en établissement.

John Evans, un économiste spécialisé dans la santé, que vous connaissez sans doute, estime que c'est au cours de notre dernière année d'existence, quel que soit notre âge, que nous coûtions le plus cher aux services de santé. La préférence pourrait être accordée aux soins communautaires, par exemple sur le plan des soins palliatifs.

Rachlis et Kushner demandent, dans leur récent ouvrage intitulé *Second Opinion*, comment il se fait que nous n'hésitions pas à payer des traitements inefficaces comme la chimiothérapie pour la plupart des cancers du poumon alors que nous n'offrons qu'un accès limité aux soins palliatifs. Ils se demandent ensuite pourquoi les patients en phase terminale doivent payer leur infirmière et leur auxiliaire familiale de leur poche s'ils préfèrent mourir chez eux.

En 1985, notre section de Hamilton-Wentworth a, dans le cadre d'un projet pilote, fourni des services de soins infirmiers et de soutien 24 heures sur 24 aux patients qui en avaient besoin, mais dont l'assurance personnelle ne couvrait pas ce genre de services. Leur coût était à peine deux fois plus élevé qu'il ne l'aurait été à l'hôpital. Ou plutôt, je devrais dire que les frais d'hospitalisation sont deux fois plus élevés que le coût des soins dispensés à domicile et, si cela vous intéresse, nous avons des preuves à l'appui.

De plus, cela laissait les lits de soins actifs à la disposition d'autres patients. Et pour ce qui est de la redistribution des fonds, le coût de ces lits d'hôpital pourrait être assumé par les services communautaires de soins palliatifs.

Vous en avez eu un autre exemple, celui du projet de la communauté urbaine de Victoria qui, en l'espace de 18 mois, a permis de transférer un million de dollars des services de soins dispensés en établissement aux services de santé communautaires et qui s'est traduit par la fermeture de 60 lits d'hôpital.

Nous sommes nombreux, parmi ceux qui travaillent dans les services de santé, à penser qu'il n'est pas nécessaire d'avoir plus d'argent. Il faut plutôt rediriger les fonds vers les services de santé et les services sociaux communautaires. Il y a lieu de se demander si l'inclusion des services de soins à domicile dans les services assurés ne permettrait pas au gouvernement fédéral de convaincre les provinces de procéder à cette réaffectation. D'après mon expérience, je sais que les Canadiens seraient tout à fait pour.

Mary Buzzell, de notre section de Hamilton, qui a récemment été nommée directrice nationale des services

[Texte]

you some examples of the problems we have with our present system of home care.

Ms Mary Buzzell (Director of Educational Development, Victorian Order of Nurses, Hamilton-Wentworth Branch): I will address what I see to be a critical problem for both young and old Canadians with long-term health problems such as stroke, multiple sclerosis and dementias.

Medical science as yet cannot cure such problems. Therefore, the goal should be to help these individuals surmount illness and live life to the fullest extent possible, knowing that a variety of services will be needed over an extended period of time to enable these citizens to remain at home as long as they wish and are able. Such individuals are often not helped by our present provincial home care systems, some of which function on an acute-care medical model rather than on a badly needed long-term life enrichment model.

Some major problems of the current system include rigid eligibility criteria, which fluctuate in different provinces and even in the same province; lack of acknowledgment that all persons, especially those with long-term health problems, cannot be totally independent; and funding and other rigidities which mitigate against the provision of the appropriate level of care required to deliver care cost-effectively.

I am going to use three examples to illustrate these points. In the past year my 84-year-old mother with six chronic health problems fractured her ankle and required a heavy cast. She lives alone and she had to learn to walk with a walker. I was told by home care that she was not eligible for physiotherapy until the cast came off, and that since she did not require a nurse for personal care she was ineligible. However, had she been a resident of my community she would have been eligible for home care.

My second example is also related to eligibility for long-term health care. Some home care programs insist that the person with a stroke, for example, agrees to complete a form for placement in a long-term care facility. Should the person refuse, he or she is deemed ineligible for home care. In other words, home care in this instance is seen as an intermediate step to an institution rather than as the primary goal.

Finally, a nurse with multiple sclerosis moved in with her mother who has a number of chronic health problems. Together, they were eligible for five days of homemaking service, which they required to remain at home. The elderly mother broke her hip and was hospitalized. Homemaking hours were cut in half, with

[Traduction]

aux personnes âgées, va vous donner quelques exemples des problèmes que pose notre système actuel de soins à domicile.

Mme Mary Buzzell (Directrice de l'éducation, infirmières de l'ordre de Victoria, section de Hamilton-Wentworth): Je vais vous parler des troubles de santé à long terme qui frappent les Canadiens jeunes et vieux tels que les attaques d'apoplexie, la sclérose en plaques et les diverses formes de démence.

La médecine n'est pas encore en mesure de guérir ces troubles. Par conséquent, il faudrait chercher à aider ces personnes à surmonter leur maladie et à vivre une vie de la meilleure qualité possible, en sachant qu'elles auront besoin de divers services pendant une longue période pour pouvoir demeurer chez elles tant qu'elles voudront et pourront le faire. En général, ces personnes ne sont pas aidées par les systèmes de soins à domicile actuellement en place dans les provinces et dont certains fonctionnent suivant un modèle médical établi pour les soins aigus plutôt qu'un modèle visant à améliorer la qualité de la vie.

Parmi les principaux problèmes que pose le système actuel, citons la rigidité des critères d'admissibilité, qui varient d'une province à l'autre et même à l'intérieur d'une même province, la non-reconnaissance du fait que toutes les personnes âgées ne peuvent pas être entièrement autonomes, surtout celles qui ont des troubles de santé de longue durée ainsi que le mode de financement et les autres restrictions qui empêchent de dispenser les soins de façon rentable.

Je vais vous citer trois exemples à l'appui de ce que j'avance. L'année dernière, ma mère, qui est âgée de 84 ans et qui souffre de six problèmes de santé chroniques, s'est fracturé la cheville et a dû porter un plâtre. Elle vit seule et elle a dû apprendre à se déplacer à l'aide d'une marcheuse. Les services de soins à domicile m'ont dit qu'elle ne pourrait pas obtenir de physiothérapie tant qu'elle aurait son plâtre et qu'elle n'était pas admissible aux services étant donné qu'elle n'avait pas besoin d'une infirmière pour prendre soin d'elle. Néanmoins, si elle avait habité dans ma localité, elle aurait eu droit aux soins à domicile.

Mon deuxième exemple concerne également l'admissibilité aux soins de longue durée. Certains programmes de soins à domicile insistent pour que la personne victime d'une attaque d'apoplexie, par exemple, remplisse un formulaire en vue de son admission dans un établissement de soins prolongés. Si la personne refuse, elle n'est pas admissible aux soins à domicile. Autrement dit, les soins à domicile constituent non pas l'objectif premier recherché, mais une étape intermédiaire avant le placement dans un établissement.

Enfin, une infirmière atteinte de sclérose en plaques est allée habiter chez sa mère qui souffre de plusieurs maladies chroniques. Ensemble, elles avaient droit à cinq jours de service d'aide-ménagère, ce qui leur permettait de rester chez elles. La mère de l'infirmière s'est fracturé la hanche et a été hospitalisée. Les heures d'aide-ménagère

[Text]

the result that this middle-aged nurse was placed in a nursing home.

• 1020

In summary, many home-care programs still function on an illness model. While appropriate for persons with acute health problems, I see this as inappropriate for persons with long-term health problems.

Two major deterrents to meeting the changing life and health needs of individuals with long-term health problems are the lack of knowledge about the critical differences between acute and long-term care and the inadequate funding of community-based health services to meet the needs of this vulnerable group.

Dr. Mussallem: Thank you. Mr. Chairman, over the years my nursing experience here in Canada and abroad has led me to believe that Canadians are not always using our resources wisely. We have become entrenched in our system. We seem to have blinkers on, restricting us from experimenting and evaluating alternative methods of service delivery.

Mr. Chairman, I would refer you to recommendations 4, 5 and 7 to underline this point. Presently the physician controls the entry into the health care system, or perhaps we should say the sickness system, because you can only get in if you are sick.

The funding agreements and administrative structures reinforce the medical model. When this approach to health care is imposed on the aging population, very costly implications are readily apparent.

In the non-medical concept, aging is a normal physiological process influenced by such factors as cultural values, demographic distribution and socio-economic and health status.

In the medical context, aging is a contiguous series of medical problems and the aging population presents a medical crisis of gigantic proportions.

Our present health and social service system frequently compels users and providers of these services to adopt a medical perspective by requiring the medical need for access to these services. If we continue to channel our aging population through this gatekeeper, there will be an acute medical crisis. Many studies have shown that specially prepared health professionals, such as nurses, can safely and effectively provide over 50% of the services generally now provided by family physicians.

I quote from Sutherland and Fulton:

It is unfortunate that new roles for existing workers are usually welcomed if they will reduce physicians' work

[Translation]

ont été réduites de moitié si bien que l'infirmière a dû être placée dans un foyer de soins.

En résumé, de nombreux programmes de soins à domicile fonctionnent toujours sur le modèle des soins aigus. Même si cela convient aux personnes souffrant de maladies aiguës, ce n'est pas le cas de celles qui présentent des troubles de santé chroniques.

Les deux principaux facteurs qui empêchent de répondre aux besoins de ces patients sont le manque d'information sur la différence entre les soins aigus et chroniques et le financement insuffisant des services de santé communautaire permettant de répondre aux besoins de ce groupe vulnérable.

Dr. Mussallem: Merci. Monsieur le président, en exerçant la profession d'infirmière au Canada et à l'étranger, j'ai constaté, au cours des années, que les Canadiens n'utilisaient pas toujours leurs ressources à bon escient. Nous nous sommes ancrés dans nos habitudes. Nous avons des oeillères qui nous empêchent d'expérimenter et d'évaluer d'autres méthodes de fourniture des services.

Monsieur le président, je vous demanderai de vous reporter aux recommandations 4, 5 et 7. À l'heure actuelle, c'est le médecin qui contrôle l'entrée dans le système de santé ou peut-être devrions-nous dire dans le système de maladie étant donné que vous n'y entrez que si vous êtes malade.

Les accords de financement et les structures administratives renforcent le modèle médical. Lorsqu'on impose ce genre d'approche à la population âgée, cela a des conséquences très coûteuses.

Selon le concept non médical, le vieillissement est un processus physiologique normal qui est influencé par certains facteurs tels que les valeurs culturelles, les répartitions démographiques et la situation socio-économique et sanitaire.

Dans le contexte médical, le vieillissement est une série continue de problèmes médicaux, et la population vieillissante représente une crise médicale aux proportions gigantesques.

Le système actuel de services de santé et de services sociaux oblige souvent les usagers et les fournisseurs de ces services à adopter une perspective médicale en ne donnant accès aux services que pour des raisons médicales. Si nous continuons à canaliser de cette façon la population vieillissante, nous connaissons une crise médicale grave. De nombreuses études ont démontré que les professionnels de la santé spécialement préparés tels que les infirmières pouvaient fournir efficacement plus de 50 p. 100 des services généralement assurés par les médecins généralistes.

Pour citer Sutherland et Fulton:

Il est regrettable que l'on n'accepte de confier un nouveau rôle aux professionnels de la santé que si cela

[Texte]

without the loss of physicians' income. But if there is a threat to income, the new workers or new roles are opposed.

Mr. Chairman, you and your committee have the potential to take the necessary leadership and recommend the necessary changes to meet the health needs of Canadians in ways that are practical and ways that Canadians can afford.

Mr. Chairman, we now anticipate with great pleasure the opportunity to answer questions. In doing so, we wish to state our desire to work collaboratively and co-operatively with all levels of government, as well as with others in all health and social agencies. Thank you, sir.

The Chairman: Thank you very much, doctor, and the others who presented the brief before us this morning. We do appreciate the presentation and I am sure that members will have gone through the brief previously.

Just before I turn to our first questioner, I think, Mrs. Bonnah, you had mentioned a problem with elder abuse. We have received informally—and I guess it was just through the chairman—representation from a group in Calgary, the Kirby commission, who initiated a study on elder abuse. They have gone so far, and I guess basically they require some more funding to continue it. I wonder if you are aware of that. I think you have indicated that through your resources the VON has been very much aware of this situation. Is it widespread, prevalent? Is it right across Canada? Is the initiative being taken by this group something on which we should follow up? Could you give us your views on that if you would, please.

Ms Bonnah: Mr. Chairman, I am not aware of that particular project, but the research I have read relating to elder abuse seems to indicate that 2% to 4% of all seniors are experiencing some type of abuse.

I believe a recent study by Dr. Elizabeth Podnieks substantiates this. I would be happy to get that and to share it with you.

• 1025

In our experience in the rural areas the fact that professionals did not seem to be aware of elder abuse was amazing. Our committee of seniors were just speaking informally one day and began to share anecdotes of neighbors, relatives and others they knew of who were directly experiencing this problem. I do not think it is a horrendous problem in terms of numbers, but it is a serious problem that needs to be looked at and is now coming to the fore.

The Chairman: Thank you very much.

Mr. Pagtakhan: I thank your group very much for your splendid presentation and brief. I am a believer in your cause. That is my bias in comprehensive health care, having run the Cystic Fibrosis Centre in Winnipeg for 15 years. We have shown that we could decrease by about

[Traduction]

réduit le travail des médecins sans réduire leur revenu. Mais si leur revenu est menacé, ce nouveau rôle se heurte à une opposition.

Monsieur le président, le Comité a la possibilité de faire preuve de leadership en recommandant les changements nécessaires pour répondre aux besoins des Canadiens d'une façon pratique et économique.

Monsieur le président, nous nous ferons un plaisir de répondre à vos questions. Nous tenons également à exprimer le désir de travailler en collaboration avec tous les niveaux du gouvernement de même que tous les organismes qui interviennent dans le domaine de la santé et des services sociaux. Merci.

Le président: Nous vous remercions vivement, du mémoire que vous nous avez présenté ce matin. Il était très intéressant et je suis sûr que les membres du Comité l'ont déjà étudié.

Avant qu'on ne vous pose la première question, c'est vous, je crois, madame Bonnah, qui avez parlé des mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Nous avons reçu à titre officieux, par l'entremise du président, je crois, des instances d'un groupe de Calgary, la Commission Kirby, qui a entrepris d'étudier ce problème. Je crois qu'il a besoin de fonds supplémentaires pour poursuivre son étude. Je voudrais savoir si vous êtes au courant. Vous avez dit, je crois, que les infirmières de l'Ordre de Victoria étaient très conscientes de la situation. Est-elle très répandue? Existe-t-elle dans toutes les régions du pays? Faudrait-il donner suite à l'initiative prise par ce groupe? Pourriez-vous nous dire ce que vous en pensez.

Mme Bonnah: Monsieur le président, je ne suis pas au courant de l'étude en question, mais selon celle que j'ai lue à ce sujet, 2 p. 100 à 4 p. 100 des personnes âgées seraient maltraitées d'une façon ou d'une autre.

Je crois qu'une étude récente du docteur Elizabeth Podnieks le confirme. Je me ferai un plaisir de l'obtenir et de la vous communiquer.

Nous avons constaté que, dans les régions rurales, les professionnels de la santé ne semblaient pas savoir que les personnes âgées étaient maltraitées. Notre comité de personnes du troisième âge en a discuté un jour et s'est mis à parler de voisins, parents et autres personnes qui se faisaient maltraiter. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'une situation généralisée, mais c'est là un problème grave qu'il faut examiner et qui commence à faire surface.

Le président: Merci beaucoup.

M. Pagtakhan: Je remercie vivement votre groupe de son excellent mémoire. J'appuie entièrement votre cause et je suis d'autant plus en faveur d'un système de soins complet que j'ai dirigé le centre de la fibrose kystique de Winnipeg pendant quinze ans. Nous avons montré qu'il

[Text]

five or sevenfold the total health care cost of caring for a particular patient, in some instances.

I presented one paper on that issue in Australia, but I continue to ask a lot of questions. Would you say the reason that community health care and non-acute care in the traditional health care hospital setting is less costly is due to the spirit of volunteerism in the community?

Ms Roe: That is a very good point. The services that Cathy's pet project have been involved with are primarily volunteer driven, although it has been our experience that it is very important to have at least one staff person looking after co-ordination.

Some of our other services, such as palliative care, volunteer visiting, which is also involved with transportation, and even horticultural and craft therapies that are provided in the home for long-term care patients in our Hamilton branch, are tremendous assets to which few dollars are attached.

Mr. Pagtakhan: Volunteers also exist in the hospital setting. Have you detected any opposition to the free flow of volunteers in hospitals that, if examined closely, may diminish care cost in hospitals?

Ms Roe: Certainly. My experience was with large teaching hospitals before I came to VON ten years ago and I was really surprised when I came to VON about the scope of activities VON allowed their volunteers to do. That was my initial response, having come from hospitals, where volunteers carried out such functions as delivering mail and ice water and working in the gift shop. But I could soon see the tremendous advantage of the scope the VON was giving those volunteers because people are very able. We are all very able, we respond to responsibility and to meeting needs and we all want to have a purpose. It is incredible what those people are able to do.

Mr. Pagtakhan: Regarding your suggestion that the federal government has the opportunity to force funding shifts to help promotion and other community health services. Our caucus has wrestled with this question and our main critic has asked this question. Do you happen to have any specific persuasive approaches you could suggest to us with which we can bear upon the government?

Ms Roe: There are two ways to do this. It has been hoped since 1977 that the provinces would take the initiative, that through collaboration in local communities and so on there would be a will to change, and that community services would happen as they did in that Greater Victoria project. I look to you for your views on this.

When you see what has happened over those 13 years, the dilemma for me is that such progress has not taken place in many places in Canada. If I were on your committee or working in a senior position in Health and Welfare Canada I would ask myself whether there are any incentives and any things you can do that will force that to happen.

[Translation]

était possible de réduire de 5 à 7 fois le coût total des soins de certains patients.

J'ai présenté un mémoire à ce sujet en Australie, mais je continue à poser de nombreuses questions. Diriez-vous que le soins communautaires et les soins chroniques dispensés dans les établissements hospitaliers sont moins coûteux grâce au bénévolat?

Mme Roe: Voilà une excellente question. Les services offerts dans le cadre du projet de Cathy étaient surtout assurés par des bénévoles, mais nous avons constaté qu'il était très important d'avoir au moins un employé permanent pour assurer la coordination.

Certains de nos autres services, tels que les soins palliatifs, les visites de bénévoles, les services de transport et même les thérapies basées sur le jardinage et l'artisanat que notre section de Hamilton offre à domicile aux malades chroniques sont extrêmement bénéfiques et très peu coûteux.

M. Pagtakhan: Il y a également des bénévoles dans les hôpitaux. Avez-vous décelé des obstacles à la libre circulation des bénévoles dans les hôpitaux dont la présence pourrait réduire le coût des soins?

Mme Roe: Certainement. J'avais travaillé dans de grands hôpitaux d'enseignement avant d'entrer à IOV il y a dix ans, et à mon arrivée, j'ai été très étonnée du vaste éventail d'activités dont pouvaient se charger les bénévoles d'IOV. Dans les hôpitaux, les bénévoles livraient le courrier, donnaient à boire aux malades, travaillaient dans la boutique de cadeaux et remplissaient d'autres fonctions du même genre. Mais j'ai rapidement constaté les avantages énormes qu'il y avait à élargir le champ d'activités de ces bénévoles étant donné qu'il s'agit de personnes très compétentes. Nous sommes tous très compétents, nous assumons nos responsabilités, nous répondons aux besoins et nous voulons tous avoir un but. Ces gens arrivent à faire des choses incroyables.

M. Pagtakhan: Vous avez dit que le gouvernement fédéral pouvait forcer les provinces à rediriger le financement vers les services de santé communautaires. Notre caucus s'est attaqué à cette question et notre principale critique l'a soulevée. Auriez-vous une stratégie particulière à suggérer que nous pourrions proposer au gouvernement?

Mme Roe: Il y a deux façons de procéder. Depuis 1977, nous espérons que les provinces prendraient cette initiative, que des changements seraient apportés en collaboration avec les municipalités et que l'on assisterait à la mise en place de services communautaires comme dans la communauté urbaine de Victoria. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Quand vous voyez ce qui s'est passé depuis 13 ans, rares sont les villes où l'on a pris des mesures concrètes en ce sens. Si je siégeais à votre Comité ou si j'occupais un poste de responsabilité au ministère de la Santé et du Bien-Être social, je me demanderais s'il n'existe pas d'incitatifs permettant d'orienter le cours des événements.

[Texte]

[Traduction]

• 1030

There is sufficient evidence that it works. I gave you some examples. The Greater Victoria Hospital project, the palliative care, and in the Fulton and Sutherland book they talk about even a 5% reduction in institutional expenditures giving a 100% increase for community funding. They suggest as well that a 10% reduction in drugs should go to research. I think that is an excellent recommendation because we need a lot more evidence than we have now.

There are a number of people like ourselves and other groups such as the Greater Victoria Hospital that have been trying in our own small little way, but to me it is not effective enough, to get the action that we really need.

Mr. Pagtakhan: As I was listening to you I was thinking, and I will tell my friends on the side opposite, that one possible approach is to put it on the agenda of a first ministers conference, because it is federal-provincial relations.

Speaking of that, we did cut the capping of the established program financing, of which you have heard. You may not want to be involved in a political debate, but how do you feel this affecting our current situation addressing the very issue of shifts in funding? Would it facilitate shifts in funding or would it make it even more difficult with the cut in provincial transfer payments?

Ms Roe: I think that with any change there is going to be resistance. The health service sector is a very major sector in our Canadian society in many ways, including economically. Obviously there is going to be some threat to some people, and likely that would affect acute care hospitals and the practice of medicine.

Mr. Pagtakhan: The Canadian Medical Association in its presentation before a Senate committee did suggest, if I remember correctly, a joint study of the needs for acute care and non-acute care in a comprehensive fashion, because apparently in the opinion of the medical association one group would advocate for non-acute care and then another group separately would advocate for acute care, and the two hands would not see each other. Would you support such a study?

Ms Roe: Yes, I would, and I would look to my colleagues. Is there anything that any of the others would like to add on that?

Mr. Pagtakhan: In pursuing the shift now to community care, of course if you involve care by relatives, one of the recurring questions I would hear in Winnipeg was if we give benefits to non-relatives who take care of patients, why would we not do the same for relatives who by agreeing to take care of their patients may not be able to work?

Nous avons la preuve que ces initiatives donnent de bons résultats. Je vais vous citer quelques exemples. Dans le cadre du projet de l'hôpital de la communauté urbaine de Victoria sur les soins palliatifs et dans l'étude de Fulton et Sutherland il est question de réduire de 5 p. 100 les frais des établissements hospitaliers tout en augmentant de 100 p. 100 le financement des frais communautaires. On laisse entendre également que l'économie de 10 p. 100 réalisée sur les médicaments pourrait être consacrée à la recherche. Il s'agit là d'une excellente recommandation, selon moi, étant donné que nous devons recueillir beaucoup de preuves supplémentaires.

Plusieurs groupes comme le nôtre ou comme l'hôpital de Victoria ont essayé de faire quelque chose, à petite échelle, mais d'après-moi ce n'est pas assez.

M. Pagtakhan: En vous écoutant je me suis dit que nous pourrions peut-être inscrire cette question à l'ordre du jour d'une conférence des premiers ministres étant donné qu'elle se rapporte aux relations fédérales-provinciales. Et je me demande à mes collègues d'en face d'en prendre note.

À ce propos, le plafonnement du financement des programmes établis a été limité, comme vous le savez. Sans vous lancer dans un débat politique, quels effets cela aura-t-il, selon vous, sur la réorientation du financement? Cela va-t-il faciliter cette réorientation ou la rendre encore plus difficile étant donné la réduction des paiements de transfert aux provinces?

Mme Roe: Tout changement va se heurter à une certaine résistance. Le secteur des services de santé occupe une place très importante dans la société canadienne, y compris sur le plan économique. La situation de certaines personnes va se trouver compromise et cela va probablement se répercuter sur les hôpitaux de soins de courte durée et la pratique de la médecine.

M. Pagtakhan: L'Association médicale canadienne a suggéré, devant un comité sénatorial, d'entreprendre une étude approfondie des besoins sur le plan des soins de courte et de longue durée, et car elles semblent craindre que chacun prêche pour sa paroisse. Êtes-vous en faveur de ce genre d'étude?

Mme Roe: Oui, et je vais me tourner vers mes collègues au cas où quelqu'un aurait quelque chose à ajouter.

M. Pagtakhan: Si l'on met l'accent sur les soins communautaires et si cela comprend les soins dispensés par les membres de la famille, l'une des questions qui reviendra sans cesse sur le tapis à Winnipeg est la suivante: Si nous rémunérons les personnes qui prennent soin des patients qui ne sont pas de leur famille, pourquoi ne pas en faire autant pour les membres de la famille qui

[Text]

At the same time when answering that question, view it against a potentially diminishing period of voluntarism even among family members.

Ms Buzzell: I think it is a difficult question and one that needs to be grappled with. I think there are some caregivers who have gone to the greatest extent possible and who cannot continue to carry on, and it concerns me that with those kind of long-term health problems the family caregivers do their best, sometimes do give up work, and sometimes cannot continue giving the care without support. I worry sometimes about abandonment—

Mr. Pagtakhan: Yes.

Ms Buzzell: I worry a lot about abandonment. I know that Dr. Doug Rappeljay from Niagara Home Care Services is concerned that persons caring for people with Alzheimers disease do their very best, yet there is sometimes no relief at all possible, and nobody wants to abandon them but sometimes are forced to do so.

Mr. Pagtakhan: It is a very difficult question that has to be addressed.

I was intrigued by your suggestion that especially prepared health professionals such as nurses can safely and effectively provide over 50% of the services generally provided by family physicians, and I suppose the idea behind that is that they could provide it at a lesser cost. Invoking the principle of equal pay for work of equal value, either we increase the pay of nurses or we decrease the pay of physicians for a given service. How do you address that issue in light of this principle? I am willing to take a cut in pay.

• 1035

Dr. Mussallem: We will not ask you to do that.

Certainly the premise from the studies that had been done to illustrate that this could be done as well and better by nurses in the assessments and the original care or diagnosis that might have to be made. . . in the initial stages the nurses actually—and these studies were done by nurses and on nurses—gave a better assessment than the medical staff. So one point in favour of that particular approach is that people will be better diagnosed and better cared for.

As far as the financial aspect is concerned, I would be very foolish to deny that I do believe in equal pay for work of equal value. So if this were to come about and were proposed, what we would have is nurses paid the same as the physician but better assessments would be made.

Mr. Pagtakhan: Better assessment of course is always welcome, but to the extent of health care cost we may

[Translation]

ne peuvent pas travailler parce qu'ils ont accepté de prendre soin d'un parent?

Je vous demanderais de répondre à cette question en tenant compte de la possibilité que la durée du bénévolat diminue, même pour les membres de la famille.

Mme Buzzell: C'est là une question à laquelle il est difficile de répondre. Certains membres de la famille ont fait tout ce qu'ils pouvaient et ne peuvent plus continuer à soigner le patient. Dans les cas de maladie chronique, les membres de la famille font de leur mieux, renoncent parfois à leur emploi et ne peuvent pas toujours continuer à donner des soins sans appui. Je crains parfois que ces personnes ne renoncent. . .

M. Pagtakhan: En effet.

Mme Buzzell: C'est un risque qui m'inquiète beaucoup. Je sais que le docteur Doug Rappeljay, des services de soins à domicile de Niagara, constate que les personnes qui s'occupent de membres de leur famille atteints de la maladie d'Alzheimer font de leur mieux, mais qu'elles n'ont pas toujours d'aide et qu'elles se trouvent, dans certains cas, obligées de les abandonner.

M. Pagtakhan: C'est un grave problème auquel il faut remédier.

Vous avez dit une chose qui m'intéresse, à savoir que les professionnels de la santé spécialement préparés, comme les infirmières, pouvaient fournir efficacement plus de 50 p. 100 des services qui sont généralement assurés par les médecins généralistes. Je suppose qu'ils peuvent le faire pour moins cher. Si l'on s'en tient au principe selon lequel il faut à travail égal un salaire égal, cela oblige soit à augmenter le salaire des infirmières, soit à faire baisser celui des médecins en regard d'un service donné. Comment ce principe s'appliquerait-il à votre proposition? Je serais prêt, personnellement, à accepter une baisse de salaire.

Dr Mussallem: Nous ne vous le demandons pas.

D'après les études qui avaient été faites par les infirmières et portaient sur leurs travaux, celles-ci évaluaient mieux la situation, au départ posaient un diagnostic plus fiable et donnaient de meilleurs soins que le corps médical. Par conséquent, les patients profiteraient d'un meilleur diagnostic et d'un meilleur soin, ce qui milite certainement en faveur de cette solution.

Pour ce qui est maintenant de l'aspect monétaire, je mentirais si je vous disais que je suis contre le principe du salaire égal pour un travail de même valeur. Par conséquent, si la proposition devrait se concrétiser, nous devrions offrir le même salaire aux infirmières qu'aux médecins, mais nous aurions de meilleures évaluations.

M. Pagtakhan: Oui, et c'est toujours souhaitable, mais si on ne veut pas que les coûts de soins de santé

[Texte]

eventually see the same result, unless the higher-paid physicians are willing to go down and nurses are willing not to claim for an upward scale.

You had three examples, and as I was listening it occurred to me that one possible problem is that we do not have a national set of standards and criteria for eligibility. Am I right in my perception, and would you therefore recommend that a study be done on that national scale?

Ms Roe: You are absolutely right. You see, on the one hand the intent in 1977 was for the provinces to develop programs that would best meet their community needs. As a result there is complete inconsistency. Even the terminology, the statistics, are not all consistent. So it has not been possible to do comparisons, and they are very much needed. That could be one of the so-called levers the federal government could put in for us. It could have some impact on consistency if those directions were given.

Mme Gabrielle Bertrand (députée de Brome—Missisquoi): Je veux d'abord vous féliciter pour le travail que vous accomplissez dans notre pays. Vous êtes absolument nécessaires. Nous tous, ici, avons un père, une mère, un oncle ou une tante ayant dû être placé en institution. Le point crucial était toujours de déterminer le moment où il n'était plus possible pour lui ou pour elle de demeurer à domicile. On cherchait désespérément des façons de garder ce parent chez lui. On sait tous que le jour où la personne âgée entre en institution, elle perd une grande partie de ses facultés et de sa raison de vivre. C'est vraiment très difficile pour les enfants d'accepter ces moments-là. Donc, je vous félicite pour le travail que vous faites.

• 1040

Je voudrais faire une petite mise au point, parce que mon collègue, le D^r Pagtakhan, s'est permis de faire un petit peu de politique. Je ne l'en blâme pas, car on en fait tous. Je voudrais d'abord vous dire que si ma collègue, M^{me} Roy-Arcelin, et moi sommes assises de ce côté-ci de la table, c'est que nous avons eu tout à l'heure une présentation visuelle. Le D^r Wilbee et nous deux faisons partie du gouvernement, le Parti libéral est représenté par ces deux collègues, et le Nouveau parti démocratique. . .

Mr. Fontana: Now you know who the good guys are.

Mme Bertrand: . . . n'est pas représenté ce matin.

Cela dit, je voudrais aussi vous dire que le gouvernement fédéral a fait des efforts pour répondre aux besoins des aînés et des malades. Je suis contente que vous ayez profité de ce programme que vous appelez «indépendance à la vieillesse». Nous, nous disons «autonomie des aînés». C'est la même chose, n'est-ce pas? C'est le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social qui a mis ce programme sur pied, parce que cela répondait à un besoin. Vous en avez profité et vous

[Traduction]

augmentent, il faudra alors que les médecins acceptent une baisse de salaire ou que les infirmières acceptent, quant à elles, de ne pas exiger de hausse salariale.

Pendant que je vous écoutais nous citer trois exemples, il m'est venu à l'esprit que l'une des difficultés, c'était peut-être que nous n'avions justement ni de normes ni de critères d'admissibilité qui soient les mêmes pour tous le pays. Si vous convenez que j'ai raison, n'y aurait-il pas lieu de recommander de faire une étude à l'échelle nationale?

Mme Roe: Vous avez tout à fait raison. En 1977, l'optique était d'obliger les provinces à élaborer les programmes qui s'adressaient le mieux aux besoins de leurs collectivités. C'est d'ailleurs ce qui a entraîné la plus grande disparité d'un bout à l'autre du pays. Ni la terminologie utilisée, ni les statistiques ne sont les mêmes. Malgré les besoins, il a donc été tout à fait impossible de faire des comparaisons. Je pense que le gouvernement fédéral pourra justement nous aider là-dessus en insistant pour qu'il y ait une certaine uniformité.

Mrs. Gabrielle Bertrand (Brome—Missisquoi): May I first congratulate you on everything that you do across the country. You are playing a vital role. We all have a father, a mother, an uncle or an aunt whom we have had to place at onetime or another in a health care establishment. The crucial point is determining exactly when it becomes impossible to keep him or her at home, despite our desperate attempts to find ways of doing exactly that: keeping the person at home. It is well documented that once the elderly enter a health care establishment, they lose a great deal of their faculties and their reasons for existing. And it becomes very difficult for their children to accept these hard moments. Once again I commend you for your marvellous work.

Allow me to correct the record since my colleague, Dr. Pagtakhan, has taken the liberty of playing politics to a certain extent. I cannot blame him for doing that because we all fall into the trap from time to time. But may I explain that my colleague, Mrs. Roy-Arcelin, and myself are sitting on this side of the table only because of the recent audio-visual presentation. Dr. Wilbee and myself both sit on the government side, the Liberal Party is represented by our two colleagues here, and the New Democratic Party—

M. Fontana: Vous savez maintenant qui fait quoi.

Mrs. Bertrand: —is not represented here this morning.

I would also like to add that the federal government has also done its share to meet the needs of the sick and the elderly. I note with pleasure that you too have taken advantage of the program called "Seniors Independence" which was set up by the federal Department of National Health and Welfare to meet certain specific needs. You should continue to take advantage of the program because it does have funds to give out.

[Text]

devriez continuer d'insister. Demandez-en, de l'argent, car je pense qu'il y en a dans ce programme.

Je reviens à la remarque de mon collègue. En ce qui concerne les paiements de transferts aux provinces, on s'inquiète du fait que cela puisse avoir une répercussion sur les soins de santé. Jusqu'à 1979, si je ne me trompe pas, les sommes qui étaient transférées du fédéral au provincial devaient être consacrées à la santé et à l'éducation postsecondaire. Depuis 1979, il y a une clause qui a été ajoutée par l'ancien gouvernement et qui permet aux gouvernements provinciaux de faire ce qu'ils veulent de l'argent que leur offre le gouvernement fédéral. Il y a des provinces qui se servent de cet argent pour faire des routes, qui s'en servent pour faire tout autre chose que ce à quoi il devrait être destiné. Donc, la critique n'est pas fondée. Ce n'est pas notre faute, mais celle des provinces qui devraient affecter cet argent aux fins prévues.

Vous dites dans votre mémoire que vous dispensez des soins de santé dans neuf provinces. Dans quelle province n'êtes-vous pas présentes, et pourquoi?

Ms Roe: Prince Edward Island and the Northwest Territories. VON has never been on the island. The Northwest Territories were one of the first areas where we provided service, actually. We had cottage hospitals and so on, and then gradually they were turned over to the Territories in the 1930s and 1940s.

Mme Bertrand: Quelle proportion des services que vous rendez aux personnes âgées est payée par les régimes d'assurance-maladie provinciaux? Avec cet argent, est-ce que vous recouvrez les coûts des services que vous rendez ou si une partie des services est payée par votre organisation?

Ms Roe: There was a period of years where most of our services were covered by provincial funds and some pilot projects were covered from Health and Welfare Canada. That has been changing over the past five years, and there is a shift to some of the services being paid for by social services—that is increasing—and then as well we are really getting into a lot more fund-raising, as we used to right up to the 1950s. A lot of the VON was paid for through fund-raising.

The other area of revenue is from people themselves and charging for services such as Meals on Wheels and adult day care. Now, it has been our policy as an organization for the whole 93 years we have been in service that we do not refuse service to anyone who is unable to pay. We do not use means testing; we simply talk to the people and find out how they feel about it, and then our branches build in mechanisms through fund-raising, for the most part, and donations and bequests are another source. But that is how we manage the financing.

[Translation]

Let me go back to my colleague's remark. The concern seems to be that transfer payments to the provinces could have an impact on health care. Until 1979, if my memory serves me well, the moneys that were transferred from the federal government to the provincial government had to be used in health or post-secondary education. Since 1979, a clause has been added, by the former government, allowing the provinces to use as they see fit the moneys transferred by the federal government. Some provinces use the moneys to build roads or for any purpose they find valid other than health or education. So your criticism of the federal government does not stand up, since it is not our fault but that of the provinces who were supposed to use the moneys for the intended purposes.

You say in your brief that you provide health care services in nine provinces. In which province are you non-existent and why?

Mme Roe: Nous ne sommes pas présentes dans l'Île-du-Prince-Édouard ni dans les Territoires du Nord-Ouest. Pour ce qui est de l'Île-du-Prince-Édouard, les infirmières de l'Ordre de Victoria ne s'y sont jamais implantées. Quant aux Territoires du Nord-Ouest, il s'agit de l'une des premières régions où nous avons offert nos services. Nous y avons en effet mis sur pied des pavillons hospitaliers qui ont fini par être petit à petit remis entre les mains des Territoires, dans les années 1930 et 1940.

Mrs. Bertrand: What percentage of the services that you provide to seniors is covered by the provincial health insurance plans? Are the costs of your services completely covered by the plans or must your organization pay a portion?

Mme Roe: Pendant un certain temps, la plupart de nos services étaient assurés par les régimes provinciaux et certains de nos projets pilotes étaient même remboursés complètement par le ministère de la Santé et du Bien-être. Mais la situation change depuis déjà cinq ans, et on tend de plus en plus à faire payer certains de nos soins par le secteur des services sociaux; en outre, on s'attend à ce que les infirmières de l'Ordre de Victoria fassent de façon accrue des levées de fonds pour pouvoir dispenser leurs services, tout comme nous le faisons jusque dans les années 1950.

Nos revenus proviennent également des patients eux-mêmes, puisque nous facturons certains services tels que la popotte roulante et les soins de jour aux adultes. Mais je tiens à préciser que notre politique est telle que depuis 93 ans, nous n'avons jamais refusé d'aider quiconque est trop pauvre pour payer. Nous n'interrogeons pas les gens pour savoir quels sont leurs moyens d'existence; nous ne leur faisons qu'en parler avec eux dans le cadre de simples conversations. Enfin, nos chapitres provinciaux font surtout des levées de fonds, mais acceptent aussi dons et legs. Voilà comment nous nous finançons.

[Texte]

Mme Bertrand: Croyez-vous que la Loi canadienne sur la santé devrait être modifiée afin d'accroître les services payés par l'assurance-maladie ou que cela devrait être laissé à la discrétion de chaque province? Vous n'êtes pas sans savoir que, dès l'instant où le gouvernement fédéral essaie d'exiger quelque chose d'une province, il y a un problème. Les provinces sont très jalouses de leur juridiction et de leur droits constitutionnels, et il est très, très difficile pour le gouvernement fédéral d'indiquer aux provinces ce qu'il aimerait qu'elles fassent.

• 1045

Croyez-vous que les provinces seraient habilitées à faire les changements que vous espérez pour ce qui est du financement?

Ms Roe: I think if the will was there that they could. What alarms me is that 13 years has gone by and there is not very much evidence. There is some evidence, but I think of the money being spent that does not need to be spent, in acute care for example, and even in some long-term care, in diagnostic tests, in over-medicating people. I guess my question as a Canadian citizen is how long you let this go. Is there something we can be doing to force this to happen more quickly?

The flip side is to open the Canada Health Act and include community services and make it much stricter in terms of what you will pay for in hospital and medical services. Maybe that is too extreme considering those federal-provincial relations, because I agree that is a very significant problem in Canada, and I see it getting more difficult, not less difficult.

Mme Bertrand: À certains comités, il y a des groupes qui viennent faire des représentations, et je me dis qu'ils devraient plutôt faire ces représentations devant les gouvernements provinciaux.

Actuellement, à Québec, une commission parlementaire étudie justement le problème du financement des soins. Je pense que vous devriez être plus présentes là qu'ici. C'est une idée que je vous soumets.

Ms Roe: I agree.

The Chairman: There have been, as you have indicated, provincial studies. Most of the provinces have conducted some major studies. I know that a health care study was tabled in Alberta just within the last few weeks.

Mr. Wilbee: Welcome to the committee. I have always had a great deal of respect for your organization. Coming from Vancouver, in my early days I can remember the visit of the VON with fear and trepidation. But they were certainly an essential part of the health care system.

[Traduction]

Mrs. Bertrand: Should the Canada Health Act be amended to increase the services paid by health insurance or should the decision be left to each province? As you know, whenever the federal government attempts to demand something from a province, problems arise. Provinces are extremely touchy when it comes to their jurisdictions and their constitutional rights, and it is very, very difficult for the federal government to indicate to the provinces what it would like them to do.

Do you believe the provinces would be in a position to make the changes you are hoping for with respect to funding?

Mme Roe: Je pense qu'elles le peuvent si elles en ont la volonté, mais que malheureusement depuis 13 ans nous n'en voyons guère de signes. Il y a bien quelques petites manifestations, mais je pense aux dépenses inutiles entraînées par les soins de courte durée par exemple, et même dans certains cas les soins de longue durée, les tests diagnostiques et la surmédication des patients. En tant que citoyenne de ce pays, je me demande combien de temps nous pourrions encore continuer comme cela, et si nous ne pourrions pas faire quelque chose pour accélérer un peu le changement.

Le contre-pied consisterait à ouvrir la Loi canadienne sur la santé pour y inclure les services communautaires et à la rendre beaucoup plus stricte en ce qui concerne les actes médicaux et hospitaliers. C'est peut-être une solution trop radicale étant donné les relations fédérales-provinciales, mais je conviens qu'il s'agit d'un grave problème au Canada, et d'un problème qui ne s'atténue pas à mon avis, mais qui au contraire s'aggrave.

Mrs. Bertrand: A number of groups have made representations before some committees, and I feel they should instead make those representations to the provincial governments.

As a matter of fact, a parliamentary committee in Quebec is now dealing with the problem of health care funding. I think you should be more involved with them than with us. This is just a personal suggestion.

Mme Roe: Je suis bien d'accord.

Le président: Comme vous l'avez dit, on a réalisé des études au niveau provincial. La plupart des provinces ont abondamment creusé la question. Je sais qu'une étude sur les soins vient d'être déposée en Alberta ces dernières semaines.

M. Wilbee: Bienvenue à notre Comité. J'ai toujours eu un profond respect pour votre organisation. Venant de Vancouver, je me souviens de la crainte et de l'émotion que suscitaient les visites des représentantes de l'Ordre de Victoria du Canada. Mais il est certain qu'elles représentaient un élément essentiel de notre système de santé.

[Text]

We certainly have followed your changes over the years. I guess my first question comes from your brochure, in which you describe yourself as a non-profit, voluntary health care organization. One of the costs in medical care or health care today is the duplication of services. How does your organization fit in with say the public health nurse? In my constituency of Delta we deal with the public health nurse; in Vancouver we used to deal with the VON. How do you correlate who decides who is providing the service?

Ms Roe: First, we have an organizational policy that we will not duplicate services of any other part of the community, whether it is public health or social services. So we see our primary role as meeting unmet needs, that this is the purpose of the volunteer organization in Canadian society.

Where we have been providing the service and it has been a good service, it has been cost-effective, there have been incidents where we have had really to defend our continuing with the service. There have been situations where in fact government took over the service—B.C. and the Province of Quebec are the two examples—and then the VON provided other needed services.

Where there is some difference of opinion, we have tried to work that out between the two groups so there is no duplication of service. I believe we have been very successful with that. For example, in the Maritimes the VON is hired by regional government often to provide the school services and it is not done by public health nurses. That is accepted.

• 1050

There are other parts of the country where the public health nurses are acting as the assessment person for assessment placement co-ordination for home care. The VON then takes the referrals from them for the actual carrying out of the service. But it is something present all the time. Our policy is to try to work it out and definitely not to duplicate.

Ms Buzzell: We have quite a few collaborative projects, such as, in London, Ontario, a program of health aging that is jointly run by VON and public health. The Hamilton-Wentworth branch has the director of public health nursing on the board, so we can try to monitor and work collaboratively. In our community we used to run the prenatal classes, and now we have given the prenatal classes over to public health while we take on new programs that are trying to help some of the desperate care-givers at home. By that I mean the lay people caring at home.

[Translation]

Nous avons suivi votre évolution au fil des ans. Ma première question portera sur votre brochure, où vous vous décrivez comme une organisation de santé sans but lucratif et bénévole. L'un des problèmes de la santé et de la médecine de nos jours, c'est le double emploi des services. Comment vous situez-vous par exemple par rapport aux infirmières publiques? Dans ma circonscription de Delta, nous avons affaire à des infirmières publiques; à Vancouver, c'était les infirmières de l'Ordre de Victoria. Comment vous synchronisez-vous pour assurer le service?

Mme Roe: Tout d'abord, la politique de notre organisation stipule que nous ne devons pas faire double emploi avec d'autres services fournis à la collectivité, qu'il s'agisse de santé publique ou de services sociaux. Nous considérons donc que nous sommes là pour combler des vides, et que c'est à cela que sert une organisation bénévole au Canada.

Les services que nous assurons sont de bons services, des services rentables, mais il est arrivé que nous soyons obligées de lutter pour continuer à les assurer. Dans certains cas, c'est le gouvernement qui a repris cette fonction—la Colombie-Britannique et le Québec en sont deux exemples—et l'Ordre de Victoria s'est alors efforcé de combler d'autres besoins.

En cas de divergence de points de vue, nous essayons de parvenir à une entente des deux groupes pour éviter le double emploi. Je crois que nous avons très bien réussi jusqu'à présent. À titre d'exemple, dans les Maritimes, les autorités locales font souvent appel à l'Ordre de Victoria pour assurer les services scolaires, qui ne sont donc pas à la charge des infirmières publiques. C'est une pratique acceptée.

Dans d'autres régions du pays, les infirmières publiques ont un rôle d'évaluation et sont chargées d'assurer la coordination des soins à domicile. Les infirmières de l'Ordre de Victoria exécutent alors ces services sur leurs instructions. Mais ce genre de communication existe à tous les niveaux. Notre politique est d'essayer par tous les moyens d'éviter le double emploi.

Mme Buzzell: Nous avons un certain nombre de projets en collaboration, par exemple à London, en Ontario, un programme sur la santé des personnes âgées mené conjointement par les infirmières de l'Ordre de Victoria et du secteur publique. La directrice du service de soins infirmiers publiques fait partie du conseil d'administration de la direction de Hamilton-Wentworth, et nous nous efforçons donc de contrôler ensemble la situation et de travailler conjointement. Nous assurons naguère les cours prénatals dans notre collectivité, mais ils ont maintenant été repris par les infirmières publiques et nous nous consacrons à de nouveaux programmes d'aide aux personnes qui assurent des soins à domicile, et qui ont énormément besoin de cet appui. Je veux parler des profanes qui aident les gens à domicile.

[Texte]

Mr. Wilbee: I was curious about that, because when you have such a good organization I wondered how you fitted it in, whether you did have contracts. So it does seem it is a tremendously variable program you are operating, depending on the local conditions.

Dr. Mussallem: I was there when the government decided they would not have the VON provide the service and the public health nurses essentially took it over. This was a very sad and difficult time. Sufficient research was never done to identify whether one system was better than the other, but from generalized comments it seems the quality of care was never the same as that provided by VON, because they have to meet national standards. But we do not have any documentation because nothing was done at the time.

Mr. Wilbee: I remember some of the discussions that went on, and I think you would have a great deal of support for your position.

The second question I would like to bring up is this. In your fourth recommendation it speaks of alternative methods of service delivery such as expanded points of entry into the health care system, ensuring the services, etc. What do you have in mind when you say "such as expanded points of entry"? What do you mean by that?

Dr. Mussallem: At present there is only one point of entry into the health system. You have to be sick and go to a physician to get into the system. We believe, and many other organizations would support us, there should be more than one point of entry; other professionals should be able to provide a point of entry.

Mr. Wilbee: What about the school health system, for example; can they not refer into this system now? For example, the school health nurse is aware of a family problem or malnutrition or something like this: can they not get into the system? Do they have to go through a medical doctor?

Dr. Mussallem: Depending on what the situation is, if it is something the nurse has the authority and the skill to take care of, this can be done at that level. But if the child has a sickness condition that requires medical attention, although she may—and I underline "may"—be able to cope with that, in order to get that child into the hospital, if that is what is needed, or into some kind of clinic, she must refer the child to the physician. That is the only point of entry into our system.

Mr. Wilbee: What other points of entry might there be?

Ms Roe: Another example would be clinics that would be run by nurses and other health professionals, such as social workers, occupational therapists, and even physiotherapists. All that group of health professionals have knowledge of what is normal and what facilitates good health.

Whether or not it would be cheaper. . . I would like to think it could be cheaper, because I do not think any of that group—I am a nurse and I am part of that group—

[Traduction]

M. Wilbee: C'est justement ce que je voulais savoir; comme vous êtes une excellente organisation, je me demandais si vous aviez des contrats. Vous assurez donc des services incroyablement variés en fonction des conditions locales.

Dr Mussallem: J'étais là quand le gouvernement a décidé de remplacer les infirmières de l'Ordre de Victoria par des infirmières publiques. C'était une période très pénible. On n'a jamais vraiment cherché à savoir si l'un des deux systèmes était supérieur, mais d'après les commentaires généraux que nous avons reçus, il semble que la qualité de soins n'ait plus jamais été à la hauteur de ceux de l'Ordre de Victoria, parce qu'il lui fallait respecter des normes nationales. Mais comme aucune étude n'a été faite à l'époque, nous n'avons rien de précis.

M. Wilbee: Je me souviens du débat à l'époque, et je pense que vous avez de solides appuis.

Voici ma deuxième question. Dans votre quatrième recommandation vous parlez de méthodes de rechange, par exemple de la multiplication des points d'entrée au système de soins de santé, de l'assurance des services, etc. Qu'entendez-vous par «la multiplication des points d'entrée»?

Dr Mussallem: Pour l'instant, il y a un seul point d'entrée. Vous êtes malade et vous allez voir un médecin. Nous estimons, comme de nombreux autres organisations, qu'il devrait y avoir d'autres points d'entrée, par l'intermédiaire d'autres professionnels.

M. Wilbee: Prenons les responsables de la médecine scolaire: elles ne constituent pas un point d'entrée? Si l'infirmière scolaire se rend compte d'un problème familial ou de malnutrition chez un enfant par exemple, est-elle obligée de passer par un médecin?

Dr Mussallem: Cela dépend. S'il s'agit d'un problème qui relève de la compétence et des pouvoirs de l'infirmière, elle peut s'en occuper à son niveau. Mais s'il s'agit d'une maladie qui nécessite une intervention médicale, bien que l'infirmière puisse—je souligne bien «puisse»—dans certains cas régler le problème, si l'enfant doit être hospitalisé, ou admis dans une clinique, l'infirmière doit obligatoirement le faire passer par un médecin. C'est le seul point d'entrée dans le système.

M. Wilbee: Quels autres points d'entrée pourrions-nous avoir?

Mme Roe: On peut songer à des cliniques qui seraient dirigées par des infirmières et d'autres professionnels de la santé, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes et même des physiothérapeutes. Tous ces gens là savent ce qui est normal et ce qui contribue à une bonne santé.

Quant à savoir si cela coûterait moins cher. . . J'aurais tendance à penser que ces services pourraient coûter moins cher, car je ne pense pas que ces gens là—je suis

[Text]

would expect to be paid what MDs are paid today, for example.

And we could do the assessments. We could counsel people on problems to do with stress—that is a very major problem for Canadians, for really the whole world today—nutrition, and all these areas. They could make the referrals when it was necessary, but right now they cannot.

• 1055

Ms Buzzell: Perhaps I could add to that. At one time I was director of the nurse practitioner program at McMaster University, where Dr. Walter Spitzer wrote a very good report on what the nurse can do in the expanded role. I worked in many communities, watching a good collaboration between physicians and nurses. Sometimes the nurse saw the person and used her knowledge and skills and when in doubt she referred. Many times I have heard a physician say to the nurse, you do better at counselling, I do better in these other areas. It was a collaborative partnership that the patients and families really benefited from.

Mr. Wilbee: Thank you.

Mme Nicole Roy-Arcelin (députée de Ahuntsic): Moi aussi, je tiens beaucoup à vous féliciter pour le beau travail que vous faites. J'y suis vraiment très sensible, étant donné que j'ai été infirmière en neurochirurgie et en neurologie. Je sais que ce que vous faites est extraordinaire.

Je n'ai pas pu lire votre mémoire, mais j'ai écouté avec beaucoup d'attention ce que vous avez dit. J'ai vite accroché quand vous avez parlé de la rentabilité des soins à domicile. Maintenant, on prône de plus en plus le maintien au foyer des personnes âgées.

J'aimerais en savoir un peu plus long sur cette rentabilité. Y a-t-il une marge très importante entre le coût des soins à domicile et celui d'autres services fournis par des professionnels? Est-ce qu'on ne pourrait pas instaurer un système plus élaboré de services à domicile?

Ms Buzzell: Perhaps I can address some of the rigidities that I see as being costly.

Take the example of an elderly woman who could stay at home with a homemaker and who may not require three visits a month by the nurse. In some instances, in order to have the homemaker, three visits by a health professional is a requirement. Sometimes this may exclude the social worker and that may be the main person needed.

So I think we should look at the level of care needed and who best can provide that care. For example, if it is a home health aid, it is important to have supervision by a health professional, to make sure that the old person has

[Translation]

infirmière et j'en fais partie—s'attendraient à être payés au même tarif que les médecins aujourd'hui, par exemple.

Nous pourrions aussi faire les évaluations. Nous pourrions donner des conseils en matière de stress—problème qui affecte une foule de Canadiens et de gens dans le monde entier—, de nutrition, ou autres. Les infirmières pourraient faire admettre des patients, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Mme Buzzell: Je pourrais peut-être ajouter à cela que j'ai été directrice d'un programme d'infirmières praticiennes à l'université McMaster, où le Dr Walter Spitzer a rédigé un excellent rapport sur ce que pouvaient faire les infirmières dans le cadre d'un rôle élargi. J'ai travaillé auprès de nombreuses collectivités où j'ai pu constater une excellente collaboration entre les médecins et les infirmières. Tantôt l'infirmière réglait elle-même le problème du patient en fonction de ses connaissances et de ses compétences, tantôt elle faisait appel au médecin si elle avait un doute. J'ai souvent entendu un médecin dire à une infirmière qu'elle était bien meilleure conseillère alors qu'il avait un rôle plus utile dans d'autres domaines. C'était une vraie collaboration dont bénéficiaient les patients et leurs familles.

M. Wilbee: Merci.

Mrs. Nicole Roy-Arcelin (Ahuntsic): I too wish to congratulate you for your excellent work. This is something I care very much about as I worked formerly as a nurse in the neurosurgery and neurology fields. I know that what you do is truly great.

I did not get an opportunity to read your brief, but I have listened very carefully to what you said. You immediately caught my attention when you mentioned the cost-effectiveness of home care. There is an ever-increasing trend toward keeping elderly people at home.

Could you tell me a little more about that cost-effectiveness? Is there a large cost differential between home care and other services provided by professionals? Would it be possible to develop a more sophisticated home care services system?

Mme Buzzell: Je pourrais peut-être vous signaler quelques contraintes coûteuses.

Prenez l'exemple d'une femme âgée qui pourrait rester chez elle si on lui donnait une femme de ménage et qui n'a pas nécessairement besoin d'être vue trois fois par mois par une infirmière. Dans certains cas, pour bénéficier d'une aide ménagère, il est obligatoire de recevoir trois fois par mois la visite d'un professionnel de la santé. Parfois, cela exclut le travailleur social, alors que c'est la principale personne nécessaire.

Je pense qu'il faudrait commencer par déterminer les soins dont la personne a besoin et qui peut les lui fournir. S'il s'agit d'une assistance médicale à domicile, il est important que cela se fasse sous la supervision d'un

[Texte]

safe care. That is one example where some of the rigidities in the system need to be looked at and changed.

Mr. Pagtakhan: The clearest example of a setting for equal pay for work of equal value is in Parliament. We come from various disciplines—doctors, lawyers, nurses, social workers—and we are all paid the same basic pay. This is the place to go for equal pay for work of equal value.

Ms Roe: And sir, if I may, it is National Women's Day.

Mr. Pagtakhan: Yes, congratulations.

The lay practical nurses have made some submissions to me as a small group, and they feel a little tension with the registered nurses who are bachelor of science nursing degree graduates. Now, if we follow the possibility that nurses could be trained to work like physicians, could we also accept the principle that lay practical nurses could work like registered nurses in some selected settings and therefore should be allowed and should be encouraged?

• 1100

Ms Buzzell: I would like to clarify that. In the expanded role of the nurse, the nurse works as a nurse; she does not take over the physician's role. She serves in a complementary capacity. So it is not that we are taking a nurse and making her a physician. We are having a partnership in care.

Mr. Pagtakhan: Yes, but how would you address the lay practical nurses?

Ms Buzzell: When you say "lay practical nurses". . .

Mr. Pagtakhan: LPN.

A voice: Oh, licensed practical nurses.

Ms Buzzell: I think in many provinces a lot of use is being made of the registered practical nurse, or whatever it is called in the different provinces, and I think in some provinces there is good usage of the home health aide. There still are also barriers and rigidities in the system where the home health aide, for example, is not able to be paid for by the home care system. Many of those elements are there, but I have seen registered nursing assistants give very good care.

Mr. Pagtakhan: You feel they should be encouraged to continue.

Ms Buzzell: I think we have to look at it in some instances. One problem I know of is that some of the salaries of the registered nursing assistants are almost equal to the salaries of the registered nurse. I therefore feel that is one detriment to care that needs to be examined carefully, because I do believe that the professional nurse has additional knowledge and skills that are required.

[Traduction]

spécialiste de la santé pour que la personne âgée bénéficie de toutes les garanties. C'est un exemple de situation où l'on pourrait assouplir les règles du système qui sont actuellement trop rigides.

M. Pagtakhan: Le meilleur exemple de situation où l'on a un salaire égal pour un travail égal, c'est le Parlement. Nous venons d'horizons très divers, il y a parmi nous des médecins, des avocats, des infirmières, des travailleurs sociaux, et pourtant nous avons tous le même traitement de base. Nous sommes l'exemple parfait de la rémunération égale pour un travail égal.

Mme Roe: Si vous me permettez, j'ajouterai aussi que c'est aujourd'hui la Journée nationale de la femme.

M. Pagtakhan: Oui, félicitations.

Les infirmières auxiliaires m'ont fait part collectivement d'un certain malaise vis-à-vis des infirmières qui ont un diplôme en sciences infirmières. Si nous partons du principe qu'il serait possible de former les infirmières à faire le même genre de travail que les médecins, pouvons-nous aussi partir du principe que les infirmières non diplômées pourraient dans certaines limites faire le même travail que les infirmières diplômées et par conséquent y être encouragées?

Mme Buzzell: Je voudrais préciser les choses. Le fait que l'infirmière ait un rôle élargi ne signifie pas qu'elle remplace le médecin. Elle a un rôle complémentaire. Il ne s'agit pas de prendre une infirmière et d'en faire un médecin. Il s'agit simplement d'un partenariat.

M. Pagtakhan: Mais que faites-vous de l'infirmière non diplômée?

Mme Buzzell: Que voulez-vous dire?

M. Pagtakhan: Les infirmières auxiliaires.

Une voix: Oh, les infirmières auxiliaires.

Mme Buzzell: Je crois que dans plusieurs provinces on utilise beaucoup les infirmières auxiliaires, dont le nom varie selon les provinces, et je crois que l'on fait aussi beaucoup appel aux auxiliaires familiales. Il y a aussi des obstacles et des contraintes du système qui empêchent par exemple une auxiliaire familiale d'être payée dans le cadre du régime de soins à domicile. Il y a de nombreux problèmes, mais j'ai vu des infirmières auxiliaires autorisées donner d'excellents soins.

M. Pagtakhan: Vous estimez qu'il faudrait les encourager à continuer.

Mme Buzzell: Il faut y songer dans certains cas. Je sais qu'il y a un problème du fait que le traitement des infirmières auxiliaires autorisées est parfois presque égal à celui des infirmières autorisées. J'estime qu'il y a là une anomalie à étudier de près, car je considère que l'infirmière professionnelle dispose de connaissances et de compétences supplémentaires.

[Text]

The Chairman: Thank you, doctor, Ms Roe, Ms Bonnah and Ms Buzzell. We sincerely appreciate the testimony you have given us today.

I think the role of women in the health care services in Canada is renowned. I have a particular affinity. My mother was a registered nurse in the 1930s. I have a daughter-in-law who is a nurse, and I have some very interesting discussions on how the role of the nurse has changed in those years from a mother who worked 18-hour shifts for \$5, sometimes did not get paid or often was paid in groceries or chickens or something like that, to the role of nurses today.

Certainly it is a changing role. It is a necessary part of our health care system. I think it has grown and developed and I commend all of you, particularly the VON for the role it plays in the health care system in Canada. Certainly I would hope that our report will reflect the work, the necessity and the areas that we feel should be continued and expanded on within the system as a role that you play.

On behalf of the committee I sincerely thank you for appearing before us today.

Before I declare the meeting adjourned, our next meeting is Tuesday, March 13, with the Native Council of Canada.

This meeting is adjourned.

[Translation]

Le président: Merci, docteur, madame Roe, madame Bonnah et madame Buzzell. Nous vous sommes sincèrement reconnaissants de votre témoignage.

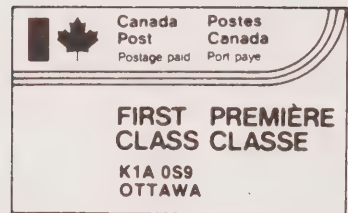
Je pense que le rôle des femmes dans les services de santé au Canada est bien connu. J'y suis moi-même particulièrement sensible. Ma mère était infirmière autorisée dans les années 30, et j'ai une belle-fille qui est infirmière; j'ai avec elles de très intéressantes discussions sur l'évolution du rôle de l'infirmière depuis cette époque où une mère faisait des journées de 18 heures pour 5\$, ou même quelques fois sans être payée ou en étant payée en produits d'épicerie ou en poulets ou quelque chose de ce genre, jusqu'à l'époque contemporaine.

Il est certain que le rôle de l'infirmière évolue. L'infirmière est un élément indispensable de notre système de santé, qui s'est considérablement développé, et je vous félicite toutes, en particulier l'Ordre de Victoria, du rôle que vous jouez dans le domaine de la santé au Canada. J'espère que notre rapport soulignera l'importance de votre travail et la nécessité de vous permettre de le poursuivre et de le développer au sein de notre système.

Au nom du Comité, je vous remercie sincèrement d'avoir comparu ici aujourd'hui.

Avant de lever la séance, je précise que notre prochaine réunion aura lieu le mardi 13 mars, et que nous rencontrerons alors le Conseil national des autochtones du Canada.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

At 9:00 a.m.:

K. Victor Ujimoto, Professor of Sociology and Gerontology, University of Guelph.

At 10:00 a.m.:

From the Victorian Order of Nurses for Canada:

Dr. Helen Mussallem, President;

Donna Roe, National Executive Director;

Cathy Bonnah, National Coordinator for Promoting Elders Participation;

Mary Buzzell, Director of Educational Development, V.O.N. Hamilton-Wentworth.

TÉMOINS

A 9 h 00:

K. Victor Ujimoto, professeur de sociologie et de gérontologie, Université de Guelph.

A 10 h 00:

Des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada:

Dr. Helen Mussallem, présidente;

Donna Roe, directrice générale nationale;

Cathy Bonnah, coordonnatrice nationale pour une meilleure participation des aînés;

Mary Buzzell, directrice du développement en éducation, Hamilton-Wentworth.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 19

Tuesday, March 13, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 19

Le mardi 13 mars 1990

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of
the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude
du régime de soins de santé au Canada et de son
financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MARCH 13, 1990

(25)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:11 o'clock a.m. this day, in Room 209, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: John Cole, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White, Stan Wilbee.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the Native Council of Canada: Christopher McCormick, National Spokesperson; Dorothy McCue, Health Co-ordinator.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Christopher McCormick made a statement and, with the other witness, answered questions.

At 10:31 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 13 MARS 1990

(25)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 11, dans la pièce 209 de l'édifice de l'Ouest sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: John Cole, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Brian White et Stan Wilbee.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: Du Conseil national des autochtones du Canada: Christopher McCormick, porte-parole national; Dorothy McCue, coordonnatrice de la santé.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

Christopher McCormick fait un exposé puis, avec l'autre témoin, répond aux questions.

À 10 h 31, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Tuesday, March 13, 1990

• 0910

The Chairman: Order. The standing committee is resuming its study of the health care system according to Standing Order 108.

This morning we are pleased to welcome the Native Council of Canada, and it is my pleasure to welcome Mr. Christopher McCormick, national spokesperson, and Dorothy McCue, health co-ordinator. You will be one of a number of witnesses, as you are well aware, we are hearing on the health care system in Canada. We have discussed the issue of native health care on other occasions and we look forward to your testimony this morning. Thank you very much for appearing before us.

Mr. Christopher McCormick (National Spokesperson, Native Council of Canada): Thank you very much, Mr. Chairman. The Native Council of Canada is pleased to make a presentation to the Standing Committee on Health and Welfare.

The Native Council of Canada is a national aboriginal organization representing non-status, Métis, and off-reserve status Indians in Canada. We are starting into our second year of a health initiative project aimed at making aboriginal health issues a priority for our organizations and in government.

The reason I am here today is once again to call your attention to the awful health crisis facing aboriginal people today. Simply stated, our people are dying. For years the indicators have been clear from statistics, from House of Commons reports, and from health organizations that something needs to be done urgently. The health problems of aboriginal people are not confined to reserve communities but are shared by all aboriginal people, both on and off reserve, living in rural, remote, and urban centres. The combined efforts of aboriginal organizations and both levels of government need to be focused on a new strategy if the health crisis for our people is to be successfully ended.

The following statistics underscore the national crisis I am talking about. First, we lag far behind the average Canadian in health. Our death rate is two to four times that of non-Indians. Suicide for us is three times the national rate, especially among 14- to 24-year-olds. Infant mortality is 60% higher than the national average. Life expectancy is 10 years less than for non-Indian Canadians.

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mardi 13 mars 1990

Le président: À l'ordre. Le Comité permanent reprend son étude du système des soins de santé conformément à l'article 108 du Règlement.

Nous accueillons ce matin les représentants du Conseil des autochtones du Canada. Je souhaite donc la bienvenue à M. Christopher McCormick, porte-parole national, et M^{me} Dorothy McCue, coordonnatrice des services de santé. Comme vous les savez, nous entendons actuellement des témoignages concernant le système de soins de santé au Canada. Le Comité a déjà discuté à d'autres occasions de la question des soins de santé destinés aux autochtones, mais nous sommes convaincus que votre témoignage sera utile. Je vous remercie de votre présence parmi nous ce matin.

M. Christopher McCormick (porte-parole national, Conseil des autochtones du Canada): Je vous remercie, monsieur le président. Le Conseil des autochtones du Canada est heureux de comparaître aujourd'hui devant le Comité permanent de la santé et du bien-être social.

Le Conseil des autochtones du Canada est un organisme national représentant les Indiens non-inscrits, les Métis et les Indiens inscrits vivant à l'extérieur des réserves. Le Conseil a mis en oeuvre un projet dans le domaine de la santé, dont c'est la deuxième année d'existence, dans le but d'amener les organismes autochtones et les gouvernements à reconnaître la gravité des problèmes de santé auxquels sont confrontés les autochtones.

Je comparais aujourd'hui devant vous pour attirer votre attention sur l'urgence de la situation. Les autochtones se meurent littéralement aujourd'hui. À cet égard, les statistiques publiées dans différents rapports de la Chambre des communes et par divers organismes de santé font ressortir depuis des années la nécessité d'une intervention urgente. La situation actuelle touche tous les autochtones, qu'ils vivent dans des réserves ou à l'extérieur de celles-ci, qu'ils habitent en milieu rural ou en milieu urbain. Les organismes autochtones et les deux paliers de gouvernements doivent concerter leurs efforts pour élaborer une nouvelle stratégie si l'on veut surmonter la crise actuelle dans le domaine des services de santé destinés aux autochtones.

Les statistiques suivantes illustreront mon propos. La santé de l'autochtone moyen est moins bonne que celle du Canadien moyen. Le taux de mortalité chez les autochtones est quatre fois plus élevé que chez les non-autochtones. Le nombre des suicides parmi nos gens est trois fois plus élevé que la moyenne nationale, particulièrement dans le groupe des 14 à 24 ans. La

[Texte]

Over 50% of the fetal alcohol syndrome cases in British Columbia are native.

Added to this are several complicating factors. Violent deaths are three times the national average. Unemployment affects 35% to 90% of the working-age population. Native people are over-represented as prisoners, with two to three times the norm in federal institutions and as much as six times the norm in the provinces.

These statistics highlight the enormity of the health problems of aboriginal people in Canada today. It is obvious the current health, social, and economic system in Canada is not very effective for aboriginal people. The system must change if these statistics are to change. There must no longer be any refuge in blaming the victim. The system must change, and it must change quickly.

The Native Council of Canada believes before aboriginal people are able to assume responsibility for their own health and welfare a mechanism of control must be made available to them. If you examine the current health care system you will discover that there are few native doctors, few native nurses, few native dentists, and fewer still native people represented on the boards of local hospitals and local health units. There are even fewer natives working at senior policy levels planning efforts to address the poor health of aboriginal people.

• 0915

Increased control of health services is consistent with our desires for self-government. Self-government would include taking more responsibility over what services are delivered to us, and who delivers them. This is a view consistent with that of the World Health Organization, the International Labour Organization, and the views expressed in documents such as the federal government's "Health for All" policy.

Concrete examples that would help to achieve this include the development of a native health centre in downtown Regina, or the development of district health services to deliver services to remote areas of provinces. Better health will inevitably come from doing it for ourselves. It is from self-responsibility and self-government that this can be achieved.

There is a tremendous need for native doctors, nurses, dentists, and other health professionals in Canada. In the past we had to be totally dependent on health professionals from the south and outside the native community. This must be changed by encouraging our

[Traduction]

mortalité infantile est de 60 p. 100 plus élevée que la moyenne nationale. Au Canada, les autochtones vivent en moyenne 10 ans de moins que les non-autochtones. En Colombie-Britannique, 50 p. 100 des cas de syndrome de l'alcoolisme fœtal se constatent chez les autochtones.

Plusieurs autres facteurs viennent compliquer la situation. Le taux de morts violentes est trois fois plus élevé que la moyenne nationale. Le chômage touche entre 35 et 90 p. 100 de la population active. Les autochtones sont surreprésentés dans les prisons, et leur nombre est de deux à trois fois plus élevé que la moyenne nationale dans les établissements fédéraux et jusqu'à six fois plus élevé que la moyenne provinciale dans les établissements provinciaux.

Ces statistiques témoignent donc de l'énormité des problèmes de santé auxquels sont confrontés aujourd'hui les autochtones du Canada. Il est évident que les systèmes social et économique ainsi que le système de santé du Canada ne répondent pas actuellement aux besoins des autochtones. Il faut que la situation s'améliore. Rien ne sert désormais plus d'imputer le blâme à la victime. C'est le système qui doit changer, et sur le champs.

Le Conseil des autochtones du Canada estime que les autochtones sont en mesure d'assumer la responsabilité de l'administration de leurs propres services de santé et de bien-être social. Je vous signale que les médecins, les infirmières et les dentistes autochtones sont peu nombreux et que les conseils d'administration et des hôpitaux et des services de santé comptent très peu d'administrateurs autochtones. Encore moins d'autochtones occupent des postes de cadre au sein des organismes chargés de planifier les services de santé destinés aux autochtones.

Nous réclamons un contrôle accru sur les services de santé qui nous sont destinés, ce qui est tout à fait conforme à notre désir d'autonomie politique. Nous souhaitons décider des services dont nous avons besoin et choisir ceux qui seront chargés de leur prestation. C'est une position que partage l'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation internationale du travail. Elle est même exprimée dans l'énoncé de politique fédérale intitulé «Santé pour tous».

La mise sur pied d'un centre de santé autochtone dans le centre-ville de Regina et la création de services de santé de district dans les régions éloignées permettraient d'améliorer la situation. Le fait que nous assumions la responsabilité de ces services ne peut qu'entraîner une meilleure santé pour les autochtones. Cet objectif peut être atteint par l'autonomie politique.

On a un grand besoin au Canada de médecins, d'infirmières, de dentistes et d'autres professionnels de santé autochtones. Autrefois, nous ne pouvions compter que sur les professionnels de la santé du sud et de l'extérieur. Pour que la situation change, il faut inciter

[Text]

youth and providing opportunities for them in the health professions.

Many of our people have attended college and universities to become qualified in their chosen professions. They are ready and able to perform the task of addressing the horrendous health problems facing our people. They must be supported in their communities and given priority at every opportunity. This would promote increased control and accessibility of our people, by our people.

There have been attempts to create opportunities and incentives across Canada, such as the school of dental therapy in Prince Albert, Saskatchewan, and the Inuit and Indian health careers program. Unfortunately, those who access these problems have only recognized the work in the territories with the federal government.

Changes to provincial legislation led by a statement of federal objectives and standards would encourage native medical professionals to service areas where the need is greatest. But addressing health problems is not simply a matter of tinkering with the health care system. Many problems in the aboriginal communities can be linked to loss of culture, poverty, poor housing, poor nutrition, loss of traditional land, and poor lifestyle.

The answer to improved health care lies mostly with the community, promoting strength in the community through the reinforcement of cultural respect, increased employment, and better housing. These are all means of increasing the likelihood that members of the community will be healthier.

The issue of jurisdiction impedes the ability of aboriginal communities to address the horrendous statistics of health. We do not believe it is good enough for the provinces to say that aboriginal people have access to the same services as the rest of the provincial population.

In our view this is merely a variation of systemic discrimination. We also do not think it is appropriate to say that once a native person has moved off a reserve, or is not registered under the Indian Act, that he or she is not the concern of the federal government.

This is akin to reviving the policy of assimilation Canada rejected decades ago. This is clearly unacceptable to the Native Council of Canada. During the past year the council conducted a survey of provincial governments in our communities regarding health issues affecting off-reserve aboriginal people. The results of the survey can be found in the appendix to our original submission.

[Translation]

nos jeunes à se diriger vers des professions dans le domaine de la santé.

Un grand nombre d'autochtones possèdent une formation collégiale ou universitaire, et ils sont en mesure de s'attaquer avec efficacité aux graves problèmes de santé auxquels font face les autochtones. Il faut les appuyer dans leurs efforts et leur accorder la priorité chaque fois que c'est possible au moment du recrutement. Cette mesure permettrait à plus d'autochtones d'être en mesure d'aider les leurs, et d'avoir l'impression de contribuer à l'amélioration de la situation.

Certains efforts ont été tentés pour former davantage de professionnels de la santé autochtones. Ainsi, on a créé une école de thérapie dentaire à Prince Albert en Saskatchewan et on a mis sur pied un programme de formation dans le domaine de la santé destiné aux Inuits et aux Indiens. Malheureusement, ceux qui sont chargés d'évaluer les problèmes ne reconnaissent que la contribution du gouvernement fédéral dans les territoires.

La modification des lois provinciales en matière de santé et l'énonciation de normes et d'objectifs fédéraux inciteraient les professionnels de la santé autochtones à s'installer dans les régions où l'on a un urgent besoin d'eux. On ne réglerait cependant pas tous les problèmes qui se posent dans le domaine de la santé en rafistolant simplement le système de soins de santé. Bon nombre de ces problèmes sont liés à la déculturation, à la pauvreté, au manque de logement, à la malnutrition, à la perte des terres traditionnelles et à une mauvaise qualité de vie.

La solution aux problèmes de santé que connaissent les autochtones, c'est le renforcement des liens communautaires, l'affirmation de la culture autochtone, l'amélioration des perspectives d'emploi et des conditions de logement. Voilà des façons d'améliorer la santé des autochtones.

Les querelles de compétence empêchent les autochtones de s'attaquer efficacement aux problèmes que soulignent les statistiques dont je vous ai fait part. Il ne suffit pas, à notre avis, aux provinces de dire que les autochtones ont accès aux mêmes services de santé que les autres citoyens.

À notre sens, la situation témoigne d'un autre aspect de la discrimination systémique. Nous trouvons également inacceptable que le gouvernement fédéral ne se préoccupe pas du sort des autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves ou qui ne sont pas inscrits aux termes de la loi sur les Indiens.

Cette attitude ne fait que raviver la politique d'assimilation des autochtones que le Canada a rejetée il y a plusieurs décennies. Elle est clairement inacceptable au Conseil des autochtones du Canada. L'an dernier, le conseil a mené une étude auprès des provinces où se trouvent des autochtones pour connaître quelle était leur position au sujet des questions de santé touchant les autochtones vivant à l'extérieur des réserves. Les résultats de cette étude figurent en annexe à notre mémoire.

[Texte]

Our findings reveal a complete lack of strategy and total absence of communication on health issues with aboriginal groups. Only two provinces out of the eight who responded had specific health programs for off-reserve aboriginal people. The Native Council believes the federal government has a role to play to ensure that something is done.

To date very little data can be found on the health status of aboriginal people living in urban and rural centres. It is difficult to secure funding at either provincial or federal levels to support research projects in this area, due mainly to the jurisdictional issue. The Native Council believes that there needs to be greater effort in order to clearly identify the nature of the problem. This information would be beneficial not only to our organization but to the government and other agencies to identify health services and priorities in urban areas.

Based on our presentation and the issues identified by the Native Council of Canada, we would urge you to support the following recommendations:

1. Statistical and research strategy is urgently required in order to clearly identify the likely solutions to the problems we face. Research must be carried out by qualified native professionals and involve the communities themselves at all stages.

2. In conjunction with the aboriginal organizations, each province and territory needs to develop an inventory and conduct an independent review of the programs that operate in the health field that affect aboriginal people in order to assess their effectiveness and to serve as a basis for consultation with aboriginal groups.

3. We believe that full consultation needs to take place with aboriginal organizations in each province and territory in order that focus strategies and aboriginal health issues can be developed. It is suggested that a series of symposiums or a task force be developed in each province and territory in order to undertake this task with complete involvement of aboriginal organizations.

4. Jurisdictional issues continue to make the development of effective programs for aboriginal people living off reserve difficult. The Native Council of Canada recommends that the standing committee support a federal-provincial-territorial ministers' meeting on aboriginal health with the involvement of aboriginal organizations in that meeting.

[Traduction]

Qu'il nous suffise de dire que cette étude constate qu'il n'y a pas de communication entre les provinces et les groupes autochtones en matière de santé et déplore le fait qu'il n'existe pas de stratégie sur le développement des services de santé. Parmi les huit provinces auxquelles nous nous sommes adressés, seules deux d'entre elles avaient mis sur pied des programmes de santé destinés aux autochtones vivant à l'extérieur des réserves. Le conseil des autochtones du Canada estime que le gouvernement fédéral doit s'assurer que les provinces s'acquittent de leur responsabilité à cette égard.

On dispose actuellement de très peu de données sur l'état de santé des autochtones vivant en milieu urbain et en milieu rural. En raison surtout des querelles de compétence, il est difficile d'obtenir des fonds provinciaux ou fédéraux qui nous permettraient d'étudier la question. Le Conseil des Autochtones du Canada estime qu'il faut s'efforcer de mieux cerner les problèmes qui se posent. Ces renseignements seraient utiles non seulement à nos organisations, mais aussi aux organismes gouvernementaux qui oeuvrent dans le domaine de la santé, et leur permettraient d'établir leurs priorités en milieu urbain.

Compte tenu des problèmes dont nous vous avons fait part dans notre exposé, nous souhaitons vous soumettre les recommandations suivantes:

1. Il importe de toute urgence de compiler des statistiques et de mener des recherches afin de clairement identifier les solutions possibles aux problèmes que nous connaissons. Ces recherches doivent être menées par des spécialistes autochtones qualifiés en consultation avec les collectivités autochtones elles-mêmes.

2. En collaboration avec les organismes autochtones, chaque province et territoire doit répertorier les programmes offerts aux autochtones et en confier l'évaluation à des personnes de l'extérieur, et cette évaluation doit servir de base à la consultation des groupes autochtones.

3. Nous estimons que des consultations exhaustives doivent avoir lieu dans chaque province et territoire avec tous les organismes autochtones afin d'établir les stratégies à adopter dans le domaine de la santé. Nous recommandons la tenue de colloques sur le sujet ou la mise sur pied d'un groupe d'étude à qui l'on confiera cette tâche à la réalisation de laquelle devront pleinement participer tous les groupes autochtones.

4. Les querelles de compétence continuent de rendre difficile l'élaboration de programmes efficaces destinés aux autochtones vivant à l'extérieur des réserves. Le Conseil des Autochtones du Canada recommande que le Comité permanent appuie la tenue d'une rencontre des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des questions de santé autochtone, réunion à laquelle participeraient les organismes autochtones.

[Text]

5. One of the most effective ways that health problems of urban and rural aboriginal people can be addressed is by giving more control and responsibility to the native community for the delivery of services.

6. That the standing committee support the expansion of federal programs targeted at aboriginal people to include those not living on reserve.

7. Ways and means must be found to encourage greater native participation on health boards in Canada and greater involvement in health policy development, both at the local, provincial, and national levels.

8. That the Government of Canada implement recommendations as stated in the House of Commons' report entitled *Booze, Pills and Dope*" and the fifth report of the Standing Committee on Aboriginal Affairs and Northern Development. A list of recommendations can be found in our original submission. However, the recommendations basically state that a INAC program amend its objectives to allow program support for off-reserve status Indians and Inuit; that Health and Welfare establish a special health and social service to respond to the needs of off-reserve Indians.

9. Finally, the Native Council of Canada calls for a defined mechanism of consultation with the Minister of Health on a regular basis to ensure that issues concerning off-reserve aboriginal health issues are being addressed.

In conclusion, we recognize that the health care system is under financial strain. But the committee must realize where the real strain lies. It is in the native community. Resources can be used more effectively. But the main consideration on health should be ensuring that all residents of Canada receive adequate, accessible health care. It is a fact disputed by no reasonable observer that the health care system of today simply fails in providing services to the aboriginal community. Health care should focus on those who are most in need. The statistics point clearly to our people as those in greatest need. I ask that you work with us in changing the statistics so that they will reflect a long prosperous life for aboriginal people and stop reflecting, as they do now, the death of a people.

The Native Council offers its assistance and co-operation. Now it is up to you on both levels of government to join with us in identifying a truly national strategy for aboriginal health. Thank you very much.

[Translation]

5. Une des façons les plus efficaces de régler les problèmes de santé qui se posent aux autochtones tant en milieu urbain qu'en milieu rural, c'est de confier aux autochtones la responsabilité de l'administration des services de santé qui leur sont destinés.

6. Nous pressons le Comité permanent d'appuyer l'élargissement des programmes de santé fédéraux pour qu'ils bénéficient également aux autochtones vivant à l'extérieur des réserves.

7. Il faut trouver des moyens d'inciter plus d'autochtones à siéger aux conseils d'administration des différents établissements de santé et à participer davantage à l'élaboration de la politique en matière de santé tant aux niveaux local, provincial que national.

8. Nous pressons le gouvernement du Canada d'appliquer les recommandations figurant dans le rapport du Comité de la Chambre des communes intitulé *Boisson, pilules et drogues* et dans le cinquième rapport du Comité permanent des affaires autochtones et du développement du Nord. La liste de nos recommandations se trouve dans notre mémoire. Nous recommandons essentiellement que le ministère des Affaires indiennes et du Nord modifie les objectifs de son programme pour que les Indiens et les Inuits inscrits vivant à l'extérieur des réserves puissent également en bénéficier. Nous recommandons également que le ministère de la Santé et du bien-être social mette sur pied des services de santé et des services sociaux destinés à répondre aux besoins des Indiens vivant à l'extérieur des réserves.

9. Enfin, le Conseil des Autochtones du Canada réclame la tenue de consultations suivies avec le ministre de la Santé pour être en mesure de s'assurer qu'on cherche activement à régler les problèmes de santé que connaissent les Autochtones vivant à l'extérieur des réserves.

En conclusion, nous reconnaissons que le système de soins de santé connaît des difficultés financières actuellement. Le Comité doit cependant prendre conscience de la gravité de la situation dans laquelle se trouvent les autochtones. Nous estimons qu'il est possible d'utiliser plus efficacement les ressources financières dont nous disposons. L'essentiel, c'est de s'assurer que tous les Canadiens ont accès à des soins de santé de qualité. Personne ne conteste le fait que le système de santé actuel ne répond pas aux besoins des autochtones. Il faut de toute évidence venir en aide à ceux qui en ont le plus besoin, et les statistiques que je vous ai données sont très instructives à cet égard. Je vous demande de collaborer avec nous pour obtenir que les statistiques témoignent de la bonne santé de nos gens et non, comme c'est le cas actuellement, de la mort d'un peuple.

Le Conseil des Autochtones du Canada vous offre son aide et sa collaboration. Il incombe maintenant aux deux paliers de gouvernements d'établir avec nous une véritable stratégie nationale en matière de services de santé destinés aux autochtones. Je vous remercie de votre attention.

[Texte]

• 0925

The Chairman: Thank you very much, Mr. McCormick. We appreciate the comments and statistics you have provided in this report. I think most of the members on this committee have been made well aware in the past of the circumstances that surround the conditions in native health care. I think they are a concern for all Canadians. While we appreciate there are health care systems in Canada, we realize they are not adequately serving all of us in various regions of the country to the same level. I guess that is one of the reasons why this committee has undertaken this study, and that is one of the areas we are considering, as well as health care for elderly and other areas. So we do appreciate the comments you have made.

Ms Guarnieri (Mississauga East): Thank you for an excellent presentation. I must confess that when our party had our caucus in Iqaluit it was a great eye-opener for me. You can learn only so much about a culture and a people from textbooks. But when we went up to Iqaluit I felt we were intruders, and repeatedly I was told by residents there that their way of life had been better before our advent or before we had intruded into their communities.

In your brief you state that the stress in your culture means a stress on your health, and you go on to say traditional medicine is on the decline and what is needed is recognition by the health care community that traditional medicine and healing are important to your people. Can you elaborate or give me some insights about how you see integrating traditional medicine with current, modern-day medical practices?

Mr. McCormick: It is twofold. There have been a number of situations, one in the community of Kenora in Ontario, where traditional healers have been working in the hospital and aboriginal people could go to see them if they came in from outlying communities or from right in the community of Kenora. I see this as an area that could be further explored and maybe used in other parts of Canada if the medicine people are willing to play that role in some of your institutions.

I think this particular aspect could be better developed in native communities if native people were delivering health services, because native people, if they were delivering health services, would look to medicine people in the community and would ask our people to consider using that service. It is part and parcel of developing a better health program in Canada if there is a marriage for aboriginal people between the traditional health system and the modern, if that is what you want to call it.

There is an added dimension to using the medicine people, in that they have a great bearing on the mental stability and mental health of youth in the community. In

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup, monsieur McCormick. Nous vous remercions de vos observations et des statistiques que vous avez fournies dans ce rapport. La plupart des membres du comité ont déjà entendu parler par le passé des conditions des services de santé pour les autochtones. Cette question préoccupe tous les Canadiens. Il existe certes des services de santé dans le Canada, mais nous sommes conscients du fait que tout le monde, dans les diverses régions du pays, n'y a pas accès de la même façon. C'est l'une des raisons sans doute pour lesquelles le comité a entrepris cette étude et c'est l'un des secteurs que nous examinons, ainsi que les soins de santé pour les personnes âgées et d'autres aspects de la question. Nous vous remercions donc de vos observations.

Mme Guarnieri (Mississauga-Est): Merci de cet excellent exposé. Je dois avouer que lorsque notre parti a tenu sa réunion de caucus à Iqaluit, cela fut une révélation pour moi. Il y a une limite à ce que l'on peut apprendre au sujet d'une culture et d'un peuple dans des livres d'école. Mais lorsque nous nous sommes rendus à Iqaluit, j'ai eu l'impression que nous étions des intrus et je me suis fait dire à maintes reprises par les résidents de cette localité que leurs conditions de vie étaient meilleures avant notre arrivée ou avant que nous nous ingérions dans leurs affaires.

Dans votre mémoire, vous dites que votre santé se ressent des diverses attaques lancées contre votre culture et vous ajoutez que la médecine traditionnelle est en voie de disparition; en outre, vous dites que les responsables des services de santé doivent reconnaître que la médecine traditionnelle et les guérisseurs revêtent une importance pour votre peuple. Pouvez-vous me donner quelques détails ou quelques renseignements sur la façon dont on pourrait intégrer la médecine traditionnelle dans les pratiques médicales actuelles et modernes?

M. McCormick: Ma réponse est double. Il y a eu un certain nombre de cas, notamment à Kenora, en Ontario, où des guérisseurs traditionnels ont travaillé à l'hôpital et les autochtones venant de la localité ou de collectivités isolées pouvaient aller les voir. C'est un secteur que l'on pourrait approfondir, d'après moi, et mettre en vigueur dans d'autres régions du pays si les guérisseurs sont disposés à jouer ce rôle dans certains de vos établissements de santé.

On pourrait faire des progrès à ce titre dans les collectivités autochtones si les autochtones assuraient la prestation des services de santé, car dans ce cas, ils s'adresseraient aux guérisseurs de la collectivité et demanderaient à nos gens d'envisager d'utiliser ce service. Si l'on veut élaborer un meilleur programme de santé au Canada, il faut favoriser une intégration entre les services de santé traditionnels et modernes, si c'est le terme que vous voulez employer, pour inciter les autochtones à les utiliser.

Il y a un autre avantage à utiliser nos guérisseurs, car ils ont une forte influence sur la stabilité et la santé mentale des jeunes dans la collectivité. Dans notre société,

[Text]

our societies there has always been a great respect for the elders. This has been deteriorating. I think it is a prominent avenue that should be further developed in the health field: a further respect for the elders, not only by our people but by health workers and health institutions in Canada.

Ms Guarnieri: Is the decline in respect for the elders being reflected in how they are being taken care of? Are they being abandoned? Is this decline translated into an abandoning of care for the elders?

• 0930

Mr. McCormick: In some places the elders are not accessible, in that a lot of them are in their own communities in outlying areas. You do not have elders in some of the urban centres. Historically, I think the elders played a prominent role in the community, and when modern medicine came in and with some of the diseases brought to this country by European people, it was then that there was a move away from the traditional medicine man, because he did not have cures for those types of diseases. Your medical people had cures for those diseases and from that point there was a move away from our traditional medicine toward yours.

I think time is proving the aboriginal people have knowledge and insights into the uses of medicines from our lands and forests that would be of benefit to people throughout the world. One of the arguments regarding destruction of the Amazon rain forest is that medicines are being destroyed. Our people know of these medicines. I think it is a significant contribution that aboriginal people can make not only to Canada but to the world. Because we are not involved in your health system it is something that is not being used. It is a sorry affair that there is not more of an effort by governments to allow aboriginal organizations to make our people aware of those services.

Ms Guarnieri: In your brief you state that all health and social services available to on-reserve Indians should also be provided to off-reserve Indians. Have you identified specific areas where you feel there is a need and that we should be providing these services?

Mr. McCormick: To put the thing into focus, the majority of aboriginal people in this country live off reserve, whether they have moved for employment or another reason. There are about a million native people in Canada. Before Bill C-31 went through there were 255,000 status Indians living in Canada. Of those, about 100,000 were living off reserve. The federal government has funded NNADAP, the National Native Alcohol and Drug Abuse Program, but the resources for that funding are aimed only at the establishment of drug and alcohol abuse services on reserve. The Native Council of Canada lobbied for this particular program, but when the

[Translation]

on a toujours beaucoup respecté les aînés. Ce n'est plus autant le cas aujourd'hui. Il y a selon moi une voie importante que l'on devrait exploiter davantage dans le domaine de la santé: un nouveau respect des aînés, non seulement par notre peuple mais également par les travailleurs de la santé et les établissements de santé au Canada.

Mme Guarnieri: Cette diminution du respect à l'égard des aînés se traduit-elle par l'intérêt qu'on leur porte? Est-ce qu'on les abandonne? Est-ce qu'on renonce à s'occuper des aînés?

M. McCormick: Dans certains endroits, les aînés sont difficiles d'accès puisque bon nombre d'entre eux se trouvent dans leur collectivité dans des régions reculées. Il n'y a pas d'aînés dans certains centres urbains. Depuis toujours, les aînés ont joué un rôle prédominant dans la collectivité, et avec l'avènement de la médecine moderne et l'apparition des maladies que les Européens ont apportées dans notre pays, on a commencé à se détourner d'une certaine façon du guérisseur traditionnel, car il n'avait pas de traitement pour ce genre de maladies. Vos médecins eux en avaient et c'est ce qui a incité les gens de notre peuple à se détourner de notre médecine traditionnelle au profit de la vôtre.

Le temps a prouvé, je pense, que les autochtones savent utiliser les médicaments provenant de nos terres et des nos forêts, ce qui pourrait profiter à la population du monde entier. L'un des arguments avancés au sujet de la destruction de la forêt tropicale de l'Amazonie est que l'on détruit toutes les plantes médicinales. Notre peuple connaît ces plantes. C'est une contribution importante que peuvent faire les autochtones, non seulement au Canada mais au reste du monde. Étant donné que nous sommes exclus de votre régime de santé, ces produits ne sont jamais utilisés. Il est regrettable que les gouvernements ne fassent pas plus d'efforts pour permettre aux organismes autochtones de sensibiliser les nôtres à ces services.

Mme Guarnieri: Dans votre mémoire, vous dites que tous les services sociaux et de santé auxquels ont accès les Indiens dans les réserves devraient également être fournis aux Indiens hors réserve. Avez-vous déterminé des secteurs précis où, à votre avis, il existe un besoin et où nous devrions offrir ces services?

M. McCormick: Pour replacer les choses dans leur perspective, la majorité des autochtones du Canada vivent en dehors des réserves, qu'ils les aient quittées pour trouver un emploi ou pour une autre raison. Il y a environ 1 million d'autochtones au Canada. Avant l'adoption du projet de loi C-31, 255,000 Indiens inscrits vivaient au Canada. Sur ce nombre, environ 100,000 demeuraient en dehors des réserves. Le gouvernement fédéral a financé le PNLAADA, Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, mais les ressources allouées à ce programme ne visent qu'à créer des services de traitement des

[Texte]

legislation went into effect a stipulation was put in that if you lived off reserve you had to secure 50% funding from a province before the federal government would contribute.

Only one province in Canada was able to do anything in that area, and that was Prince Edward Island. My understanding of the resources presently allotted to NNADAP is that they are not sufficient to address the situation of drug and alcohol abuse on reserve, let alone off of it. What I am saying is that these resources are out there for aboriginal people on reserve. There is next to nothing for the majority of aboriginal people who live off reserve. We cannot access that program and the funds currently allotted are used up in long-term program development. So there is really nothing Canada or the provinces are doing in regard to the alcohol and drug abuse situation for aboriginal people off reserve. I think the statistics show this.

• 0935

Ms Langan (Mission—Coquitlam): I also want to thank you for your presentation and I have a number of questions.

You refer to native service deliverers in the health care system and your brief refers to them a couple of times. I think they are an important component that would start to make a difference. What would help to encourage native students to go into medicine, dentistry, or the health care field?

Mr. McCormick: If they knew there would be a role or employment for them.

I am not sure whether it is contained in the information you have, but what started the Native Council of Canada on this health project for off-reserve native people was the crisis that occurred in Peerless Lake several years ago, when people were partying and drank copying fluid and I think several people died. Three years later, the Native Council of Canada went up to Peerless Lake to see what had been done with the health system in that community because of this tragedy.

When we arrived we found that to the community's dismay, two part-time health care workers were going to be laid off, and unbeknownst to the community, for some reason, a health centre was going to be built in a newly developed oil or pipeline community that had been established for only two or three years. Peerless Lake has been there for perhaps 100 years and there was no move to do anything about health care in that community, but a new community comes in and suddenly they are building

[Traduction]

toxicomanes et des alcooliques dans les réserves. Le Conseil des Autochtones du Canada a fait des démarches lors de l'élaboration de ce programme, mais lorsque la Loi est entrée en vigueur, il y était stipulé que les Indiens hors réserve devaient obtenir la moitié des fonds du gouvernement provincial avant que le gouvernement fédéral ne paie sa part dans le cadre de ce programme.

Une seule province du Canada a été en mesure de faire quelque chose, à savoir l'Île-du-Prince-Édouard. D'après mes renseignements, les ressources actuellement allouées au PNLAADA sont insuffisantes pour remédier aux problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme dans les réserves, et encore moins en dehors de celles-ci. Ce que je veux dire, c'est que ces ressources sont réservées aux autochtones dans les réserves. Rien ou presque n'est prévu pour la majorité des autochtones qui habitent en dehors des réserves. Nous n'avons pas accès à ce programme et les fonds qui y sont actuellement alloués servent à l'élaboration de programmes à long terme. Le Canada ou les provinces ne font donc pratiquement rien pour remédier aux problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie parmi les autochtones hors réserve. Les statistiques le prouvent, je pense.

Mme Langan (Mission—Coquitlam): Je tiens également à vous remercier de votre exposé. J'ai quelques questions à vous poser.

Vous avez parlé du rôle des autochtones dans la prestation des services de santé et, dans votre mémoire, vous revenez à quelques reprises sur cette question. C'est à mon avis un élément important qui pourrait changer l'application. Que faudrait-il faire pour inciter les étudiants autochtones à faire médecine, l'école dentaire ou un autre domaine des soins de santé?

M. McCormick: Ils devraient savoir qu'ils auront un rôle à jouer ou un emploi qui les attend.

Je ne sais pas s'il en est question dans les renseignements dont vous disposez, mais ce qui incitait le Conseil des autochtones du Canada à entreprendre ce projet sur la santé à l'intention des autochtones hors réserve est la crise qui a éclaté au Lac Peerless il y a plusieurs années, où des gens en train de faire une fête ont bu du liquide de photocopieuses et plusieurs d'entre eux sont morts. Trois ans plus tard, le Conseil des autochtones du Canada s'est rendu au Lac Peerless pour vérifier les mesures qui avaient été prises à l'égard des services de santé de cette collectivité suite à ce drame.

En arrivant, nous avons constaté que, au grand désarroi de la collectivité, deux travailleurs de la santé à temps partiel allaient être mis à pied et que, à l'insu de la collectivité, pour une raison quelconque, un centre de santé devait être construit dans une collectivité pétrolière récente qui n'avait été créée que pour deux ou trois ans. L'établissement du Lac Peerless existait depuis une centaine d'années et aucune mesure n'avait été prise pour améliorer les services de santé dans cette localité, mais

[Text]

a health centre there. So people were hired in only a part-time capacity, yet the community had experienced this major health tragedy.

There must be more secure employment in the health field. That issue contributes to the reason I am suggesting that native people sit on health boards, because consideration should have been given to the long-standing aboriginal community and to consideration of a health clinic for that community.

This is why we are bringing up the issue that aboriginal people should be on health boards in order to make these community health boards and hospital boards more aware of what is happening in our communities. Nobody is telling the boards so there is no way for them to find out. Neither the workers nor the people on the boards are aboriginal, yet we have these statistics.

So if we could secure a couple of employment positions in which there are futures for aboriginal people in health care careers that would warrant consideration by aboriginal people to move into that particular profession.

Ms Langan: With regard to medicine people and to your reference to having them participate in the delivery of health care, perhaps in Kenora, which you have used as an example, if they are invited, assuming the realisation of the great dream that CMA would become instantly enlightened and would invite their participation, do you think the medicine people would trust a health system and would participate or feel it was worth participating? Or do you think that, until aboriginal people are sitting on health care boards, the dream is just too far off?

Mr. McCormick: No. I think people would have to go to whatever community medicine people were in and talk to the community leaders or to the chief, depending on the type of community. Someone would have to speak to the elder or to the medicine man to see whether they would participate, depending on the person's age, as one factor, because some of our people are... We are concerned that people will not continue the teachings of the elders in the area of medicine. But it is something that should be considered before we take children out of our communities.

There is a role for communities to play. There must be support for community leaders willing to take on responsibility for the health situation in their community. If a number of people say that they would like to do something about this, then aboriginal organizations are going to need the resources to support those kinds of people so that they can start to turn around the crisis situations in our communities. I can see a major role for elders and medicine people in starting to turn around the situations in our community. What has to be given back to the community is the respect of their making their own decisions regarding situations in their own communities. The only way the situations in aboriginal communities are going to be changed is if the people in the communities

[Translation]

voilà qu'une nouvelle collectivité est créée et que l'on y construit un centre médical. Malgré cette tragédie qui a frappé la collectivité, par conséquent, on s'est contenté d'engager des travailleurs de la santé à temps partiel.

L'emploi doit être plus stable dans le domaine de la santé. C'est l'une des raisons pour lesquelles je suggère que les autochtones siègent au Conseil de santé, car on aurait dû tenir compte de cette collectivité autochtone existant depuis longtemps et envisager de créer une clinique à cet endroit.

C'est pourquoi nous soulevons la question en disant que les autochtones doivent siéger aux conseils de santé afin de les sensibiliser, ainsi que les conseils d'administration d'hôpitaux, à la situation dans nos collectivités. Personne n'en parle aux responsables de sorte qu'ils n'ont aucun moyen de savoir ce qui se passe. Ni les travailleurs ni les membres de ces conseils ne sont autochtones, et pourtant les statistiques sont là.

Si nous pouvions obtenir des emplois qui offrent un avenir aux autochtones dans des carrières dans le domaine de la santé, cela inciterait les autochtones à se tourner vers cette profession.

Mme Langan: En ce qui concerne les guérisseurs qui, d'après vous, devraient participer à la prestation des services de santé, peut-être à Kénora, que vous avez cité en exemple, s'ils y sont invités, à supposer que le rêve se réalise et que l'AMC soit soudain frappée d'inspiration et leur demande de jouer un rôle, pensez-vous que les guérisseurs feraient confiance à ce système de santé et y participeraient ou auraient l'impression que cela vaut la peine? Ou pensez-vous que, tant que les autochtones ne feront pas partie des commissions des soins de santé, cela ne restera qu'une utopie?

M. McCormick: Non. Les gens devront aller dans les localités où se trouvent les guérisseurs et s'adresser aux dirigeants de la collectivité ou au chef, selon le cas. Quelqu'un devrait parler aux aînés ou aux guérisseurs pour vérifier s'ils sont prêts à participer, selon leur âge, car certains des gens de notre peuple sont... Nous craignons que l'on abandonne les enseignements des aînés dans le domaine de la médecine. Mais c'est une chose à laquelle il faudrait réfléchir avant de faire partir les enfants de nos collectivités.

Les collectivités ont un rôle à jouer. Il faut soutenir les dirigeants désireux d'assumer la responsabilité des services de santé dans leur collectivité. Si certaines personnes disent qu'elles aimeraient faire quelque chose pour remédier à cette situation, les organismes autochtones auront alors besoin des ressources nécessaires pour les aider à prendre les initiatives qui permettront de résoudre les problèmes qui se posent dans nos collectivités. D'après moi, les aînés et les guérisseurs ont un rôle important à jouer pour renverser la vapeur dans ce domaine. Il faut rendre à la collectivité le respect en lui permettant de prendre ses propres décisions au sujet des problèmes qui se posent. La seule façon dont on va pouvoir remédier aux problèmes des collectivités autochtones, c'est si les

[Texte]

take on the responsibility for changing those situations. Your role is to support the aboriginal organizations so we can give support to those community members to address those situations. Presently we do not have those resources and unfortunately nobody out there is supporting the people who want to do something about the situation.

• 0940

Ms Langan: The statistics at the beginning of your brief are proof that the system to date is not working. So it would seem that we have to start looking at alternatives. It boils down to providing the resource for the aboriginal people in order that they have input into how health care is delivered to aboriginal people off reserve. I find it totally frustrating and fascinating that there seems to be an attitude that if you move off the reserve you are no longer an aboriginal person. That would be like saying if I leave Ottawa I am no longer a woman. It would be pretty hard to make that transition. Yet we seem to expect that in your community.

Mr. McCormick: I think that goes back to section 91.24 of the Constitution Act, which says that the federal government has responsibility for Indians and lands reserved for the Indians. The federal government lately has been defining or narrowing their definition of that to strictly on reserve. The provincial governments are saying that the Indian people are the responsibility of the federal government, and the people or the constituents of the Native Council of Canada are falling through the cracks. The programs developed at the federal level are not addressing the health situation of aboriginal people living off the reserve.

In our association it is only in the last year and a half that we have had any money to look at health problems. We just got in there under Mr. Epp's new initiative. I asked for a health worker in each province and territory to assess the situation. We were awarded a national co-ordinator and two pilot projects. Well, the pilot projects have proved beyond a doubt that there is a need for health workers. I am quite sure that statistical information in the prairie provinces, Northwest Territories, British Columbia, Newfoundland and Labrador, wherever, all warrant somebody starting to have a look at the health situation of our aboriginal people who are living off reserve.

Mr. Halliday (Oxford): Are there any countries in the world where other aboriginal peoples exist where they have solved some of these problems you have identified? Obviously we are impressed by the many problems you have identified for us today.

Mr. McCormick: I am sorry, I should know the answer to that. I do not know. Perhaps Ms McCue knows the answer.

Ms Dorothy McCue (Health Co-ordinator, Native Council of Canada): There is an attempt in the States to

[Traduction]

habitants de ces collectivités assument eux-même la responsabilité des initiatives. Votre rôle est de soutenir les organismes autochtones de façon à aider les membres de ces collectivités à remédier à leurs problèmes. A l'heure actuelle, nous n'avons pas accès à ces ressources et malheureusement, personne ne fait rien pour aider ceux qui sont prêts à agir pour résoudre le problème.

Mme Langan: Les statistiques que vous fournissez au début de votre mémoire prouvent que jusqu'ici, le système ne fonctionne pas. Il me semble que nous devons commencer à envisager des solutions de rechange. Cela revient à mettre les ressources nécessaires à la disposition des autochtones pour leur permettre de participer à la prestation des services de santé pour les autochtones en dehors des réserves. Je trouve incroyable que lorsqu'on quitte la réserve, on n'est plus considéré comme un autochtone. Cela revient à dire que si je quitte Ottawa, je ne suis plus une femme. Il doit être assez difficile de faire cette transition. Et pourtant, cela paraît normal dans votre société.

M. McCormick: Il faut se reporter à l'article 91.24 de la Loi constitutionnelle, qui stipule que le gouvernement fédéral est responsable des Indiens et des terres réservées aux Indiens. Dernièrement, le gouvernement fédéral a restreint cette définition aux Indiens des réserves uniquement. Les gouvernements provinciaux prétendent que les Indiens sont la responsabilité du gouvernement fédéral et les membres du Conseil des autochtones du Canada sont laissés pour compte. Les programmes élaborés par le gouvernement fédéral ne remédient nullement aux problèmes de santé des autochtones qui habitent en dehors des réserves.

Dans notre association, nous disposons de fonds pour examiner les problèmes de santé depuis à peine un an et demi. Nous le devons à l'initiative de M. Epp. J'ai demandé qu'un travailleur de la santé dans chaque province et territoire évalue la situation. Nous avons obtenu un coordonnateur national et deux projets-pilote. Or, les projets-pilote ont révélé sans l'ombre d'un doute qu'il existe un besoin de travailleurs de la santé. Je suis certain que les données statistiques pour les provinces des Prairies, les Territoires du Nord-Ouest, la Colombie-Britannique, Terre-Neuve et le Labrador et autres prouveraient qu'il faut commencer à examiner le problème de la santé des autochtones hors réserve.

M. Halliday (Oxford): Y a-t-il des pays dans le monde dont la population compte des autochtones et qui ont résolu en partie les problèmes que vous avez cernés? Il est impressionnant de vous entendre parler des nombreux problèmes auxquels vous êtes confrontés.

M. McCormick: Je regrette, je devrais connaître la réponse à cette question, mais ce n'est pas le cas. Madame McCue pourra peut-être vous répondre.

Mme Dorothy McCue (coordinatrice de la santé, Conseil des autochtones du Canada): Aux États-Unis, on

[Text]

address these problems, because they have a strong membership of aboriginal people, but of course they are doing this on their own without the support of the government. In a few places they have established some native American health centres in their communities and these centres are run by aboriginal people, with aboriginal doctors. Although it is a very minute effort at this point, there is an attempt to start something that seems to be successful at a local level anyway.

• 0945

Mr. Halliday: Mr. Chairman, maybe our research staff should take a look at what has been done in other countries, if anything, that is appropriate to our needs here. There may well be some examples.

Mr. McCormick: I think the Maori people in New Zealand have been making some efforts in the area. We are a member of the World Council of Indigenous People, and I will see what I can do to find out what is going on. I will let the chairman know what information we have and possibly contact people if there is the time to do it.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, let me preface my second question by a comment that I think this report of theirs today is very professionally done. I am most impressed with the way you have organized it. I go now to your last paragraph, which gives the conclusions. The pages are not numbered, but otherwise it is a professional report.

Mr. McCormick: Thank you.

Mr. Halliday: You begin in your first line by saying: "In conclusion, we recognize the health system is under financial strain". Of course, one of our major terms of reference is the financing and funding of health care, so I want to pursue that a little bit. You go down seven or eight lines further and you say, "and thus more resources may be needed in these areas". I think you attempt to answer the question of where those resources might come from. In the next sentence you talk about a shift in resources from high-tech hospitals with other parts of the health care system.

If I can make an editorial comment of my own, I think if we start shifting from high-tech hospitals we are going to find that our so-called "best health care system in the world" will no longer be the best health care system. Everybody says we have the best health care system in the world, and it may well be true. If it is true, it is only because largely we have extremely qualified people in our high-tech hospitals, and if we do not continue to spend money there we are going to lose that high quality. This is an editorial comment on my part.

Let me go further to the second-last line on your page there, where you say: "It would seem the essence of the

[Translation]

prend des mesures pour résoudre les problèmes car la population de ce pays compte une forte proportion d'autochtones, mais bien entendu toutes les initiatives sont prises sans l'aide du gouvernement. A quelques endroits, on a créé des centres médicaux pour les Américains autochtones dans leur collectivité et ces centres sont dirigés par des autochtones et dotés de médecins autochtones. Même si à ce stade-ci il s'agit d'un effort infime, c'est quand même une initiative réussie à l'échelle locale.

M. Halliday: Notre attaché de recherche pourrait peut-être étudier ce qui s'est fait dans d'autres pays et nous fournir l'information pertinente. Nous pourrions peut-être trouver des exemples concrets.

M. McCormick: En Nouvelle-Zélande, les Maoris ont pris certaines initiatives dans ce domaine. Comme nous faisons partie du World Council of Indigenous People, je vais essayer d'obtenir ces renseignements auprès de cet organisme. J'en informerai le président et, si j'ai le temps, je communiquerai avec certaines personnes.

M. Halliday: Avant de poser ma deuxième question, je tiens à dire que vous nous avez présenté un rapport très sérieux. Je suis très impressionné par la façon dont vous avez présenté l'information. J'en arrive maintenant au dernier paragraphe qui présente les conclusions. Les pages ne sont pas numérotées mais il s'agit d'un rapport très sérieux.

M. McCormick: Je vous remercie.

M. Halliday: Vous dites à la première ligne: «En conclusion, nous reconnaissons que le système de santé a des problèmes financiers». Bien sûr, l'un des éléments importants de notre mandat porte sur le financement du régime de soins de santé, je tiens donc à explorer davantage ce domaine. Plus loin dans ce paragraphe, vous dites «et il faudra peut-être affecter davantage de ressources à ces secteurs». Vous proposez une réponse à la question concernant l'origine de ces ressources. Dans la phrase suivante, vous mentionnez la redistribution des ressources prévues pour des hôpitaux ultra-modernes à d'autres domaines des services de santé.

Permettez que je fasse un commentaire personnel. Si nous commençons à redistribuer des ressources prévues pour des hôpitaux ultra-modernes, nous allons nous apercevoir que notre soi-disant «meilleur régime de soins de santé au monde» ne sera plus le meilleur. Tous s'entendent pour dire que nous avons le meilleur régime de soins de santé au monde et cela est sans doute vrai. Si cela est vrai, cela est essentiellement attribuable au fait que nous avons du personnel très compétent qui travaille dans nos hôpitaux ultra-modernes. Si nous ne continuons pas à investir dans ce secteur, ce niveau de qualité élevé va s'effriter. Il s'agit seulement d'un commentaire personnel.

Au bas de la page, vous dites: «les services de santé devraient être axés avant tout sur les personnes qui en ont

[Texte]

health care system should be to focus on those who are most in need". I could not agree more with that. I think that is a crucial statement in your whole conclusion here.

My question to you is this. In other jurisdictions where health care has been of primary concern, such as Sweden, which reputedly has one of the best overall social programs in the world, they have introduced within the last 10 years a couple of stages of deductibles for health care where people who can afford to pay—those who are not in need, as you refer to them here—pay a certain amount per year for their health care up to a maximum, and they seem to feel that is one way of attacking this funding problem. Would the Native Council support that kind of system in Canada, whereby those who are better able to pay would fund a certain amount of their health care, as they do in Sweden, and then make it possible for us to have the funds to help those who are most in need that you are asking for? Would you and your council support that kind of approach?

Mr. McCormick: In regard to your first editorial statement, there is a frustration aboriginal people feel that we have to make a parallel between high-tech and the actual people who are dying in our communities. There has to be a balance. I realize Canada has the highest quality of health care, but what I am saying is that if you do not address the situation in the communities you have more people dying there than you cure with your high-tech.

Mr. Halliday: That is exactly why I concluded by saying we would need more funds from somewhere, and I am suggesting that those of us who can afford to pay \$100 a year would do that through deductibles, as they do in Sweden, and that money then would be used to provide exactly what you are asking for; namely, better care in our native communities and elsewhere across the country.

Mr. McCormick: The other point I wanted to add to that is that by statistical information the aboriginal population is increasing by about five times the national level, I think. So unless you make an effort to stop and address this situation or help aboriginal organizations to address the situation, it is going to cost you more money as you wait.

[Traduction]

le plus besoin». Je ne peux qu'être d'accord avec vous à ce sujet. Il s'agit là d'un élément essentiel de toute votre conclusion.

Ma question est la suivante. Dans d'autres pays où le régime de soins de santé occupe une place très importante, comme en Suède, qui dispose apparemment de l'un des meilleurs programmes sociaux au monde, au cours des dix dernières années, le gouvernement a commencé à imposer une franchise pour les soins de santé. Selon ce régime, les personnes qui en ont les moyens—celles qui ne sont pas dans le besoin, comme vous mentionnez—versent annuellement un certain montant assorti d'un plafond pour leurs soins de santé. Pour la Suède, il s'agit là d'une façon de régler le problème de financement. Est-ce que le Conseil national des autochtones appuierait un tel régime au Canada, selon lequel les personnes qui en ont les moyens verseraient un certain montant au régime de soins de santé, comme on le fait en Suède? Cela nous permettrait de disposer des ressources nécessaires pour aider les personnes qui en ont le plus besoin. Votre conseil appuierait-il une telle démarche?

M. McCormick: Au sujet de votre premier commentaire personnel, les autochtones se sentent frustrés; il faut établir un parallèle entre les soins ultra-modernes et les gens qui meurent dans nos collectivités. Il faut établir un équilibre. Je comprends que le Canada offre les meilleurs soins de santé, mais si on ne règle pas les problèmes dans les collectivités, le nombre de personnes qui va mourir dans ces collectivités sera plus élevé que celui que vous pourrez traiter dans les hôpitaux ultra-modernes.

M. Halliday: Voilà exactement pourquoi j'ai terminé mon intervention en disant que nous avons besoin de ressources supplémentaires. Les personnes qui en ont les moyens pourraient prendre à leur charge une franchise annuelle de 100\$ dollars comme en Suède. Cela servirait justement à fournir les soins que vous demandez, notamment, de meilleurs soins dans les collectivités autochtones et ailleurs au pays.

M. McCormick: Je tiens également à ajouter que, selon les statistiques, la population autochtone augmente cinq fois plus rapidement que la population du pays. Donc, si vous n'étudiez pas ce problème, si vous n'aidez pas les organismes autochtones à régler ce problème, plus vous attendrez, plus cela coûtera.

• 0950

I agree that if it does not affect people's subsistence income or their ability to make a living, yes, consideration should be given by the government. If people are in the high income bracket there should be some sort of contribution toward the health of others in this country, whether they are aboriginal or non-aboriginal.

Je suis d'accord, dans la mesure où cela n'entame pas le revenu minimum, que le gouvernement étudie une telle proposition. Les personnes bien nanties devraient verser une contribution pour améliorer la santé de leurs concitoyens, qu'il s'agisse d'autochtones ou non.

[Text]

Mr. White (Dauphin—Swan River): Welcome, Mr. McCormick and Ms McCue. I agree with Dr. Halliday. I think your presentation is very well done. I do not have to be convinced of the problems you mentioned, because roughly 20% of my constituency consists of either on-reserve or off-reserve native people.

I have put an asterisk beside your first recommendation, namely a federal-provincial-territorial ministers meeting of native health, because I do not think we can accomplish anything until the jurisdictional problem is overcome.

Correct me if I am wrong, but I think we are looking basically at three areas: You have the on-reserve natives, who are directly identified and looked after by the federal government, because constitutionally that is the way it is set out. Secondly, you have native communities, non-status communities; for example, the Métis community that would be virtually 100% Métis and is self-contained in that way. Thirdly, you have the natives from both of those communities who are moving to urban centres in large numbers. In a case like that they become a very diluted portion of a major city, and I think are probably getting worse care than a lot of the other communities are.

I think you could probably add municipal leaders to that list of meetings. You should get mayors of major cities that have large native populations—Regina, Winnipeg, Edmonton. I am sure there are cities in the east with which I am less familiar but other members could mention as well.

I think that would go a long way to at least identifying the problems and getting a plan of action in place. I think it is going to have to be the first step before many of the other recommendations are brought forward.

I have one other question, but if you would like to comment on that first, I will follow up in a moment.

Mr. McCormick: Actually, I never thought of that, but I think it is an excellent suggestion. We have communities such as Vancouver, which has an identified native population of something like 30,000 aboriginal people.

As an explanation on my thought on calling a national conference with health ministers, provincial, territorial and federal, and with aboriginal people, first a precedent was set in this country in that there was a meeting on aboriginal people and the criminal justice system in 1975 in Edmonton, which was attended by solicitors general, attorneys general, and the Department of Justice from Canada.

They met for two or three days with aboriginal people. There was a constant sharing of information and discussion. At the end of that, the ministers and the federal government got together and a number of

[Translation]

M. White (Dauphin—Swan River): Je souhaite la bienvenue à M. McCormick et à M^{me} McCue. Je suis d'accord avec les commentaires formulés par le D^r Halliday. Votre exposé était très bien préparé. Vous n'avez pas à me convaincre de l'importance des problèmes que vous avez soulevés, car environ 20 p. 100 de mes électeurs sont des autochtones qui habitent sur une réserve ou à l'extérieur d'une réserve.

J'ai fait un astérisque à côté de votre première recommandation, c'est-à-dire la tenue d'une réunion des ministres fédéral-provinciaux-territoriaux responsables de la santé chez les autochtones. Nous ne pourrions rien accomplir tant que les problèmes de compétence administrative n'auront pas été réglés.

Corrigez-moi si je fais erreur, il s'agit essentiellement de trois groupes: les autochtones des réserves à qui le gouvernement fédéral fournit les services appropriés, aux termes des dispositions constitutionnelles. Deuxièmement, les autochtones non-inscrits; par exemple, les Métis. Troisièmement, les autochtones inscrits ou non qui habitent dans les centres urbains. Dans ce dernier cas, il s'agit d'une minorité dans une grande ville qui obtient probablement des soins de santé de qualité inférieure comparativement aux autres collectivités.

Vous pourriez également inviter les leaders municipaux à participer à ces rencontres. Vous pourriez ainsi inviter les maires des grandes villes qui comptent un bon pourcentage d'autochtones, comme Régina, Winnipeg et Edmonton. Il existe sans aucun doute des villes dans la même situation dans l'Est du pays, d'autres députés pourraient nous le dire.

Vous pourriez ainsi mieux identifier les problèmes et élaborer un plan d'action. Il s'agit là de la première étape avant de mettre en oeuvre bon nombre d'autres recommandations.

J'aimerais vous poser une autre question, mais si vous voulez répondre à cette première intervention, j'y reviendrai.

M. McCormick: Je n'y avais jamais pensé, il s'agit d'une excellente suggestion. À Vancouver, par exemple, le nombre d'autochtones recensés s'élève à 30,000.

Je vais expliquer ma recommandation de tenir une conférence des ministres fédéral-provinciaux-territoriaux responsables de la santé chez les autochtones. Un précédent a été établi au pays en 1975 lors de la tenue d'une réunion à Edmonton sur les autochtones et le système de justice pénale. Les solliciteurs généraux, les procureurs généraux et les fonctionnaires du ministère de la Justice du Canada participaient à cette réunion.

Lors de cette réunion avec les autochtones qui a duré deux ou trois jours, les intervenants ont partagé de l'information et tenu des discussions. À la fin de la rencontre, les ministres et les représentants du

[Texte]

unanimous joint recommendations came out of that meeting—31—to address the situation of aboriginal people in the criminal justice system.

It is too bad a follow-up mechanism was not put in place, because it dissipated. I am presently trying to call for another meeting, because it will be 15 years in 1990 since we have had that meeting. I know there has been some movement, in that in Ontario they set up a provincial Native Council on Justice, which is composed of all of the status organizations, friendship centres, native women, Métis aboriginal group, law students and inmates. They addressed the situation of aboriginal health and have done some excellent research on aboriginal people, by aboriginal people, and have come out with conclusions that are supported by communities.

The concept I am putting forth on a national meeting with health ministers and the federal minister from Health and Welfare is that I would like to see the provinces and territories come forward with their best foot forward. If there are programs that are presently being delivered in the territories or provinces that are supported by aboriginal groups, that have the involvement of aboriginal groups and have a proven track record, let us sit down and share this with other provinces.

What is happening at present in this country is that each province and territory is reinventing the wheel. It is all patchwork. There is no national or provincial effort to do anything for off-reserve aboriginal people.

• 0955

I think if we had this meeting and shared what accomplishments have been made it would save a lot of money. We could come up with some joint recommendations that everybody understands and sees the need for developing. Based on that, we could go forward and start to address the health statistics that exist in Canada, which are an international embarrassment as far as I am concerned, considering we have one of the best health systems in the world.

So I really urge you to support us on this national meeting. I do not think it can do anything but good. There can be an airing, there can be an understanding, and there can be a national effort to do something about the statistics.

Mr. White: I agree with you, and I do not think you will find any member of this committee who would not agree it would be a definite place to start solving some of the problems.

There is one other area I would like to cover, Mr. McCormick. I took interest in your recommendations on native representation on health boards and things like

[Traduction]

gouvernement fédéral se sont concertés pour formuler des recommandations conjointes unanimes, 31 au total, pour corriger les problèmes des autochtones face au système de justice pénale.

Il est dommage qu'un suivi n'ait pas été assuré, car toutes ces recommandations ont été oubliées. J'essaie présentement d'organiser une autre réunion. Il y a maintenant 15 ans, en 1990, que cette réunion a eu lieu. Certaines mesures ont été prises, notamment en Ontario où on a mis sur pied un Conseil provincial des autochtones pour la justice, qui est composé de tous les organismes représentant les Indiens inscrits, des centres d'accueil, organismes de femmes autochtones, des groupes de Métis autochtones, des étudiants en droit et des détenus. Le Conseil a étudié les problèmes des services de santé pour autochtones et a effectué d'excellents travaux de recherche sur les autochtones, travaux effectués par des autochtones, et a rédigé des recommandations qui ont reçu l'appui des collectivités.

En proposant une rencontre des ministres provinciaux de la santé et du ministre fédéral de Santé et Bien-être social, je voudrais que les provinces et les territoires présentent les meilleures recommandations possibles. Si les programmes appuyés par des groupes autochtones sont présentement offerts dans les territoires ou les provinces, des programmes éprouvés qui comptent sur la participation de groupes autochtones, il faudrait partager de telles réussites avec d'autres provinces.

Présentement, au pays, chaque province et chaque territoire réinvente la roue. Il s'agit d'initiatives isolées. Il n'y a aucun effort national ou provincial pour améliorer le sort des autochtones habitant à l'extérieur des réserves.

Si nous tenions une telle réunion et si nous partagions les réalisations, nous pourrions ainsi économiser beaucoup d'argent. Nous pourrions formuler des recommandations communes dont tous saisiraient l'importance. Par la suite, nous pourrions étudier les problèmes mis en évidence par les statistiques sur la santé au Canada qui, en ce qui me concerne, constituent une gêne sur la scène internationale, étant donné que nous avons l'un des meilleurs régimes de soins de santé au monde.

Je vous prie donc de nous appuyer pour organiser la tenue d'une telle réunion nationale. Les résultats seront sûrement positifs. Cette tribune nous permettra de mieux nous comprendre et nous pourrions mettre de l'avant une initiative nationale pour régler les problèmes que reflètent les statistiques.

M. White: Je suis d'accord avec vos commentaires. Aucun député au sein de ce Comité ne niera le fait qu'une telle réunion constituerait un point de départ pour régler certains de ces problèmes.

J'aimerais maintenant parler d'un autre domaine, monsieur McCormick. Je trouve intéressantes vos recommandations touchant la représentation des

[Text]

that. That is very important. But—and do not misunderstand me when I say this—I think a lot of that depends on strong leadership from within the native community. If the native community in Canada are sitting back, waiting for government to come to them and help them, I do not think that is going to work.

I want to use one example. There is a Métis community about 50 miles down the road from where I live. It has about 900 people, almost 100% Métis, with unemployment at about 95%. They have a very strong community council in place now. They went out and had one of their members elected to the local school board, simply by mobilizing the native community, getting everybody together, organized, out, and voting. They got this person elected. The communities like that... It is more difficult on the urban scene, but it can be done. People can be organized to do that kind of thing.

I think it is going to take political action like that by the native organizations to take the bull by horns and get your members on hospital boards, get them on school boards, and put pressure on the people who make appointments to other boards. I know in my area hospital board appointments are just that, appointments, not elected positions. I wish they were elected positions, because that would handle that as well. But I think the native community have to mobilize themselves. They can make a lot of this happen on their own.

Mr. McCormick: Yes, that is what has to happen. What I am trying to point out is that all the resources that are available to us as a national organization, representing in the health area alone in the vicinity of 750,000 people... is we have three: one in Nova Scotia, one in British Columbia, and one in the national office. I had asked for one in each province and territory.

There is work... In Nova Scotia they have formed an advisory committee made up of professional health people to work with their particular project. It is an initiative that is drawing the non-native health professionals in the community to more of a focus on what is going on with aboriginal communities and aboriginal health areas. I would like to see the rest of our provincial and territorial organizations have the same opportunity to work in this area.

Your point about mobilizing our communities is the point I am trying to make about native people delivering health services and native organizations at least having somebody in place, like Dorothy here, who can start looking at your policy, advising us, and making us aware of policy. The majority of our organizations do not have anybody who can advise the boards of the provincial and

[Translation]

autochtones au sein des conseils de santé et autres instances. C'est une recommandation très importante. Comprenez-moi bien, je pense que tout cela est fonction d'un leadership fort au sein même de la collectivité autochtone. Si les autochtones du Canada demeurent passifs, s'ils attendent que le gouvernement vienne les aider, je ne pense pas qu'une telle recommandation peut être appliquée.

Par exemple, environ à 50 milles de ma résidence, se trouve une collectivité métisse d'environ 900 personnes, presque exclusivement métisses, et dont le taux de chômage est d'environ 95 p. 100. Ils se sont maintenant dotés d'un conseil de collectivité très fort. Ils se sont organisés et ont fait élire l'un des leurs au sein du conseil de la commission scolaire locale. Ils ont simplement mobilisé les membres de la collectivité autochtone, ils se sont organisés et se sont rendus au bureau de scrutin. Ils ont ainsi fait élire l'un des leurs. Des collectivités comme celles-là... La situation est peut-être plus difficile en milieu urbain, mais on peut tout de même s'organiser, se prendre en main.

Les organisations autochtones devront prendre des mesures politiques de ce genre afin de saisir le taureau par les cornes et de faire élire vos représentants au sein des conseils d'administration des hôpitaux, des conseils scolaires et d'exercer des pressions sur les personnes qui font les nominations pour d'autres conseils. Dans ma région, les membres du conseil d'administration d'un hôpital sont nommés, ils ne sont pas élus. Je préférerais que les membres de ce conseil soient élus, cela réglerait ce genre de problème. Les collectivités autochtones doivent se mobiliser. Elles peuvent ainsi, de leur propre initiative, accomplir un tas de choses.

M. McCormick: Oui, c'est ce qui doit se produire. Toutes les ressources dont nous disposons à titre d'organisme national, représentant près de 750,000 personnes dans le domaine de la santé, se limite à 3 personnes: l'une en Nouvelle-Écosse, l'une en Colombie-Britannique et un autre au bureau national. J'avais demandé que l'on nous fournisse une personne par province et par territoire.

Il y a du pain sur la planche... En Nouvelle-Écosse, on a mis sur pied un comité consultatif constitué de professionnels de la santé pour travailler à cette initiative particulière. Ainsi, des professionnels de la santé non-autochtones viennent travailler dans la collectivité et sont en mesure de mieux comprendre la situation dans les collectivités autochtones et dans le domaine des soins de santé pour autochtones. J'aimerais que les autres organismes provinciaux et territoriaux aient la possibilité de travailler dans ce domaine.

Vous parliez de la mobilisation des collectivités; c'est exactement ce que je veux dire quand je parle d'autochtones qui assurent la prestation des services de santé et d'organismes autochtones qui comptent une personne sur les lieux, comme Dorothy, qui peut étudier vos politiques, nous conseiller et nous transmettre l'information nécessaire au sujet des politiques. La

[Texte]

territorial organizations that this is a new health initiative by the federal government, this is what the territorial or provincial government is doing in health, there is a new program they are delivering. There is a new program, but we do not have input into any of the development of health policy or programs in any province or territory other than the two in which we have workers.

• 1000

The other thing concerns mobilizing. If you have been listening recently, aboriginal people have just received a severe budget cutback in areas where we were communicating with our constituents on health issues. On our aboriginal native television network, *Wa-Wa-Ta News*, we are delivering appropriate children's cultural stories and information. Our newspapers is another area where we were delivering. . .

You have to understand that in non-native media, native people really only receive coverage if we are in a conflict with somebody. Native newspapers recorded the moral contributions aboriginal communities were making towards their own well-being. If something was done well it might not be news in the non-native media area. But to our communities, if something positive is done or if a new health worker is hired, that is a big deal in native communities. That was in the paper. There were positive aspects in there.

Some of these things happening on the peripheral of the health area are detrimental to the development and maintenance of our culture and our communication with each other. We do not have tools. What tools we do have are being cut for whatever reasons in other areas. Native people want to know why the newspapers have been cut off when they were doing a worthwhile job in health, employment, communication between aboriginal communities, and maintenance of culture. They were the only newspapers in the world written in Ojibway. It was a viable vehicle for us to communicate with our people in such areas as health. That has been taken away.

Ms Langan: I have a question concerning the dialogue with Dr. Halliday that if somebody can afford the extra \$100 for health care it would be a good idea. We appear in many ways to have a two-tier system already, a system for non-natives and a system for aboriginal people. My concern is that by doing user-pay instead of paying for health care through our taxes based on income, we would then have a three-tier system: those who can afford it, those who cannot, and the aboriginal people.

[Traduction]

majorité de nos organismes n'ont personne pour formuler des recommandations au conseil des organismes provinciaux ou territoriaux: qu'il s'agisse d'une nouvelle initiative en matière de santé prise par le gouvernement fédéral, de mesures prises dans le domaine de la santé par un gouvernement territorial ou provincial ou encore d'un nouveau programme qui est offert. Nous ne contribuons pas à l'élaboration de la politique ou de programmes en matière de santé et cela dans aucune province ou territoire, à l'exception des deux provinces où nous avons des employés.

Mon autre commentaire porte sur la mobilisation. Si vous avez été attentifs récemment, vous savez que les autochtones ont connu une importante compression budgétaire dans des domaines nous permettant de communiquer avec nos membres au sujet des questions de santé. Sur notre réseau de télédiffusion autochtone, *Wa-Wa-Ta News*, nous télédiffusons des contes culturels pour enfants et de l'information. Nos journaux nous permettent également de fournir. . .

Dans les médias non-autochtones, vous devez vous rappeler que les autochtones défraient la manchette uniquement s'ils sont en conflit avec quelqu'un d'autre. Les journaux autochtones rendent compte des contributions morales que les collectivités autochtones font en vue de leur bien-être. Ce genre de bonne nouvelle n'est pas nécessairement relatée dans les médias non-autochtones. Dans nos collectivités, de bonnes nouvelles ou encore l'embauche d'un travailleur de la santé constituent un fait important dont on parle dans les journaux. De bonnes nouvelles sont ainsi présentées dans les médias.

Certaines mesures prises en marge du domaine de la santé nuisent à l'épanouissement et au maintien de notre culture et de nos outils de communication. Nous ne disposons pas des outils nécessaires. Ceux dont nous disposons ont été éliminés pour des raisons diverses dans d'autres domaines. Les autochtones veulent savoir pourquoi on a supprimé les subventions pour les journaux alors qu'ils jouaient un rôle utile dans le domaine de la santé, de l'emploi et des communications entre les collectivités autochtones et ils servaient au maintien de notre culture. Il s'agissait des seuls journaux au monde rédigés en Ojibway. Il s'agissait d'un outil viable nous permettant de communiquer avec les membres de notre collectivité dans des domaines comme la santé. Ces outils de communication ont été éliminés.

Mme Langan: Je voudrais vous poser une question suite à votre discussion avec le docteur Halliday où il mentionnait que si une personne a les moyens de verser une somme de 100\$ pour les soins de santé, il s'agirait là d'une bonne idée. À maintes égards, nous avons en place un régime à deux paliers. Un régime pour les non-autochtones et un régime pour les autochtones. Si on adopte un principe du financement par l'utilisateur plutôt que le financement des soins de santé par les impôts sur le

[Text]

So I was a little concerned by the suggestion that we start charging people who can afford it. It seems to ultimately end up that those who cannot afford it end up with some other kind of health care. I look at the American experience as an example.

Mr. McCormick: My understanding of the question was that in a tax scenario there could be sort of a taxation. I was not only thinking of people who were more fortunate than others, but I was also thinking of multinational companies or national companies with the ability to contribute. I was thinking of it more in a tax area; there could be consideration for tax or contributions towards the health system, if that is the way out of it.

Ms Langan: One of the things that Mr. White—and I am sorry he is gone—was talking about was leadership in the communities. I share that in terms similar to those in the environmental movement: Think globally and act locally. It seems to me that while we wait for these conferences to happen, in addition to strong leadership in the native community—in terms of getting people on boards in the community—there also has to be the development of strong community support. That leads me to a more locally oriented question—what could an MP, for example, do to assist friendship centres? There is an Indian friendship centre in my riding, and there are also several bands.

• 1005

I do not know whether it is to create the profile, or to help provide the encouragement or the vehicle to start looking at running for a hospital board, or running for other community social services boards—it seems to me is a good case in point. What kinds of things could be done at the local level while we wait for all of the interprovincial and national things to happen?

Mr. McCormick: I suppose the major thing that could happen is some interaction between MPs and provincial organizations, or if your riding happens to be in an area where there is a native community. . . I think one of the things we have found is there is no interaction between non-native institutions and aboriginal people, for instance with the police force. You do not see policemen at aboriginal ball games, and you do not see them with their wives at bingos where aboriginal people go. There is no social interaction between the native community and the non-native community. There are social events, I think, that people could go to.

I think it would be interesting for an MP to suggest coming down to meet the executive director of a friendship centre or of an off-reserve aboriginal organization to talk about; you know—have you considered getting on a hospital board, or health board?

[Translation]

revenu, nous aurons alors un régime à trois paliers: les personnes qui peuvent se permettre un tel régime, celles qui ne le peuvent pas et les autochtones.

La suggestion de facturer des gens qui en ont les moyens me préoccupe. En fin de compte, les personnes qui ne peuvent se permettre un tel régime semblent avoir recours à un régime de soins de santé tout à fait différent, j'en veux pour preuve l'expérience des États-Unis.

M. McCormick: Si j'ai bien compris la question, dans le cas du financement par l'impôt sur le revenu, on prélèverait un impôt spécial. Je ne pensais pas uniquement aux mieux nantis, je pensais également aux multinationales ou aux entreprises nationales qui peuvent se permettre de contribuer à un tel régime. Je pensais surtout à un impôt spécial; on pourrait étudier la question de prélever un impôt spécial ou de verser des contributions au régime de santé, s'il s'agit là d'une façon de régler le problème.

Mme Langan: M. White a entre autres parlé du leadership dans les collectivités—dommage qu'il soit parti. J'imagine que la démarche serait semblable à celle du mouvement sur l'environnement: pensons à l'échelle mondiale, agissons à l'échelle locale. En attendant la tenue de ces conférences, outre un leadership fort dans la collectivité autochtone—pour faire participer les gens au sein des collectivités—, il faut également s'assurer un très bon appui par la collectivité. Cela m'amène à poser une question d'ordre plus local. Que peut faire un député pour aider un centre d'accueil? Il y en a un dans ma circonscription, où se trouvent plusieurs bandes indiennes.

Est-ce qu'il pourrait participer à la création du profil, briguer un siège au conseil d'administration de l'hôpital ou d'un autre conseil de services sociaux? Ça me semble être de bons exemples. Qu'est-ce qu'on peut faire à l'échelle locale en attendant l'intervention des autorités provinciales et nationales?

M. McCormick: Le mieux serait que des liens s'établissent entre les députés et les organismes provinciaux ou, s'il y a des collectivités autochtones dans votre circonscription. . . C'est que, voyez-vous, nous avons constaté qu'il n'y a pas d'interaction entre les autochtones et les institutions non-autochtones, comme les corps policiers. Il n'y a pas de policiers aux parties de baseball des autochtones et on ne les voit pas non plus avec leurs conjoints aux parties de bingo où vont les autochtones. Il n'y a pas de contact entre les autochtones et les non-autochtones. Je pense que les gens pourraient participer à des activités de groupe.

Le député pourrait offrir d'aller rencontrer le directeur exécutif d'un centre d'accueil ou d'un organisme autochtone à l'extérieur de la réserve. Avez-vous déjà songé à siéger au conseil d'administration d'un hôpital ou d'un comité sanitaire? Les gens ne savent même pas

[Texte]

People do not even know how to get on them. In fact I could not tell you how to get on them, because the native organizations are only as effective and knowledgeable as the areas we receive resources for.

We have a national health co-ordinator. We are starting now to look at health policy nationally. We are starting to put forth ideas in consultation with our board members; we have a president from each province and territory in the country, so we have an opportunity now. We have a health committee in place. We discuss recommendations we want done with our health committee and with the board. But there are only two provinces in which we have workers; there are organizations working in the health field that can consult.

I would strongly encourage MPs to make contact with aboriginal communities and organizations, and if health happens to be the area you are in, then say hey, there is a health committee here. There is a way to get on it. It seems there should be a role for aboriginal people to play on some of these committees to better this health situation. Sometimes it is just the matter of a phone call and a conversation to get to know each other. . . Based on their knowledge of the communities, how the system works, and their expertise, we can start to move, to make some strides in the right direction.

The Chairman: Madam Roy-Arcelin, please.

Mme Nicole Roy-Arcelin (députée d'Ahuntsic): Bienvenue à notre Comité. Je veux vous féliciter pour votre mémoire que je trouve très instructif. Les statistiques dont vous nous avez fait part sont inquiétantes. J'espère qu'un jour, on pourra trouver les vraies solutions à ces grands problèmes.

Vous parlez de la formation de médecins, d'infirmières et de dentistes autochtones. Étant donné que les fonds affectés à l'enseignement postsecondaire pour les autochtones atteindront cette année près de 148 millions de dollars, comment le gouvernement fédéral pourrait-il encourager plus d'étudiants autochtones à poursuivre des études dans le secteur de la santé, par exemple?

• 1010

Mr. McCormick: I think there are a number of ways. One of the things that could happen is there could be opportunities similar to what now exists in Saskatchewan. There are 10 seats for aboriginal people who want to get into the law field. It is a pre-law course. I could see these kinds of opportunities being set up in universities in the health field, that there be designated seats in the health career area. Another area is there has to be employment opportunities for aboriginal people in the delivery of health services. I think the most effective use of your money in the health area is aboriginal people delivering health services to aboriginal communities. I do not think it is based so much on the qualifications, it is the dedication and commitment and acceptance of aboriginal people working with their own people.

[Traduction]

comment il faut s'y prendre. Moi-même, je ne pourrais pas vous le dire parce que les organisations autochtones ne détiennent de l'information que sur les secteurs qu'elles desservent.

Nous avons bien un coordonnateur national de la santé. Nous commençons à peine à réfléchir à une politique nationale. Nous échangeons des idées avec les membres du conseil. Chaque province et chaque territoire est représenté par un président, ce qui nous permet d'échanger des vues. Avec le comité de la santé et avec le conseil, nous discutons les recommandations que nous voulons voir appliquer. Mais des employés à nous ne se trouvent que dans deux provinces; il y a des organisations qui travaillent dans le domaine de la santé que nous pouvons consulter.

J'encourage donc vivement les députés à contacter les organismes et les groupes d'autochtones et, par exemple, de chercher à siéger au comité de la santé. Il y a place pour les non-autochtones à ce genre de comité. Cela pourrait améliorer la situation. Souvent, il suffit d'un coup de fil pour apprendre à se connaître. . . Grâce à la connaissance qu'ils ont de la communauté, du mode de fonctionnement du système et de leurs connaissances, il sera possible d'accomplir des progrès dans la bonne direction.

Le président: Madame Roy-Arcelin, s'il-vous-plaît.

Mrs. Nicole Roy-Arcelin (Ahuntsic): Welcome to our Committee. I want to congratulate you for your brief, that I find very informative. The figures you have given us are frightening. I hope that eventually the real solution will be found to these major problems.

You mentioned training of native doctors, nurses and dentists. Given that funds for native post-secondary education will be almost \$148 million, how could the federal government encourage more native students to pursue their education in the field of health, for example?

M. McCormick: De plusieurs façons. On pourrait imiter ce qui se fait actuellement en Saskatchewan. Dix places sont réservées aux autochtones qui veulent faire leur droit. Il s'agit d'un cours préparatoire. On pourrait faire de même dans le domaine de la santé où des places pourraient être réservées dans les universités. Il doit aussi y avoir des possibilités d'emploi dans le secteur de la prestation des services de santé. L'utilisation la plus judicieuse des fonds dans le domaine de la santé est de faire assurer les services de santé aux autochtones par des autochtones. Il ne s'agit pas tant de qualifications que du dévouement et du désir de servir que les autochtones ont pour les leurs.

[Text]

Identifying seats, as they do in the law student program through the Department of Justice, is something that could be considered for careers in the health field.

Mme Roy-Arcelin: Dans votre mémoire, vous dites que les autochtones n'ont pas accès aux mêmes services médicaux publics que le reste de la population. Je trouve cela fort étonnant et j'aimerais que vous m'expliquiez dans quelle mesure les autochtones sont traités différemment dans les systèmes de soins de santé administrés par les provinces.

Mr. McCormick: What we are talking about there is to some extent where one is living. There is a shortage of people delivering health service in communities. You have an abundance of doctors, I think, in urban settings, but in rural areas where a lot of our people live there is not that access to medical services that other people have.

Other instances where there is a difference or where the health service is not meeting the need is because the NNADAP program is only for on-reserve delivery. Institutions that are set up for drug and alcohol abuse, let us say in Toronto, are manned by middle-class, non-native people, and when somebody who is coming in off the trapline, there is really not anything that can effectively be done by that particular drug and alcohol institution because there is no orientation between the person they are trying to serve and the background they have. Even though it is set up and well-meaning, and it might be able to help middle-class, non-native people, when a native person comes in out of a rural setting there is no communication between those trained people and the aboriginal person. So we are saying that we need native people in delivery of health services; we need role models. The problem with it is those people have never lived on a reserve in their life and here they have somebody who has lived on a reserve all their life. It is just two different ways of life.

Ms McCue: Another example would be in, for instance, Moosonee. Medical professionals go into that community once a month to look after the aboriginal people and non-native people who live there. In the case of mental illness or drug and alcohol abuse where a worker will make an assessment and send it to the non-native medical professional in the city, they say the best way to deal with this situation is to find them a job, give them better housing and they should be okay. But in a Moosonee community such as that they have problems finding employment—you might have an 80% unemployment rate and hardly any housing. The medical professionals in the south have no idea what is going on in the rural communities of Moosonee.

• 1015

Mme Roy-Arcelin: Il y a vraiment un problème au niveau des communications culturelles. Je vous remercie beaucoup.

Mr. Cole (York—Simcoe): I am hearing two different problems and yet I think the two of them are related. You

[Translation]

Dans le domaine de la santé, on pourrait créer le pendant du programme des étudiants en droit créé au ministère de la Justice.

Mrs. Roy-Arcelin: In your brief, you say that natives do not have access to public health services similar to those enjoyed by the rest of the public. I find that very surprising and I would like to know in what way are natives treated differently by provincially administered health care systems.

M. McCormick: Cela dépend où l'on habite, c'est ce que l'on veut dire. Il y a une pénurie de travailleurs de la santé chez nous. En ville, il y a une multitude de médecins mais à la campagne où beaucoup des nôtres vivent, nous n'avons pas le même accès aux services médicaux.

Il y a un autre cas de disparité: le PNLAADA n'est offert que dans les réserves. Les employés des établissements de réadaptation des toxicomanes et des alcooliques à Toronto, disons, sont des non-autochtones qui appartiennent à la classe moyenne. Ils sont impuissants devant quelqu'un qui arrive du bois parce que rien dans leurs antécédents ne les y prépare. Même s'ils sont bien intentionnés ils sont en mesure d'aider des non-autochtones de la classe moyenne, mais ils n'arrivent pas à communiquer avec un autochtone qui arrive de la campagne. C'est pourquoi nous disons qu'il doit y avoir des autochtones dans les services de santé. Il nous faut des modèles. La difficulté vient de la rencontre d'une personne qui a passé toute sa vie dans une réserve et d'une autre qui n'y a jamais mis les pieds. Les deux modes de vie sont tout à fait différents.

Mme McCue: Je pense aussi au cas de Moosonee. Des professionnels de la santé s'y rendent une fois par mois pour s'occuper des autochtones et des non-autochtones qui y habitent. Dans le rapport d'évaluation d'un alcoolique ou d'un toxicomane transmis à un médecin non-autochtone qui habite en ville on dira que la meilleure solution est de lui trouver un emploi et un meilleur logement et que tout ira bien. Mais à Moosonee, le travail est dur à trouver—le taux de chômage est de 80 p. 100—et il n'y a à peu près aucun logement. Les médecins du Sud n'ont aucune idée de la situation dans des endroits comme Moosonee.

Mrs. Roy-Arcelin: There is a real problem with cultural communication. Thank you very much.

M. Cole (York—Simcoe): Je distingue deux problèmes dans ce que vous dites et je pense qu'ils sont liés entre

[Texte]

have explained the difficulties with health care on the reserve, yet there is also a difficulty off the reserve. Somewhere along the line we have to separate those as two different entities and they are two different problems. I do not think solving one problem on the reserve is going to solve another problem off the reserve.

In the same sense, an isolated community is not going to receive the same services as a metropolitan centre, whether native or non-native. We have to realize that we have some geographic problems here. It would be wonderful to have sufficient health care professionals on every reserve or in every area, but what do we do to create that? I am sure there are enough native professionals in this country. There cannot be any guarantee of them going back to the reserve or to the community from which they came. That is a very difficult problem for most of the health care organizations because they do not have the authority to say where a person practises, how they practise or in what way.

Are you suggesting those kind of rules be placed on an individual who makes an application? If ten seats put aside in law and ten seats in medicine, would it be conditional on that individual going back to their reservation to practise?

Mr. McCormick: No, I would not be so harsh as to put that particular—

Mr. Cole: You would just hope that they did?

Mr. McCormick: It is a twofold thing. If you have 30,000 aboriginal people in the city of Vancouver, and no health workers bridging the communication gap between them and the health services community, then there is a role for them to play there. If there are people who wish to do something about the health situation in their community, if they were given the opportunity, training and support to do something about the community and if there was employment in reserve and non-reserve rural communities, then it is likely they would stay there.

You have to realize that in aboriginal communities it is an extended family. Your grandfather and grandmother on both sides are there, as is your uncle and his family, your brother and his children and your sister with her children. The most important people and most important things in the world are right in the community. If there were employment for native people in our communities... and as I pointed out, it is 40% to 90% unemployment; that is why people move off.

• 1020

Everything important to us in life is there. It is like a big family reunion all the time. If there were employment and there were a need—and I am sure the statistics show a need—I feel quite confident the majority of them would return to their community to help out.

There are people who are standing up in their community now, saying they want to do something, and what can you do to help, Native Council of Canada? We

[Traduction]

eux. Vous avez parlé des difficultés que posent les soins de santé dans la réserve, mais il y en a aussi à l'extérieur de la réserve. Il faudra bien voir qu'il s'agit de deux problèmes différents. Ce n'est pas en réglant le problème dans la réserve que l'on réglerait l'autre à l'extérieur.

De même, une localité isolée ne recevra pas les mêmes services qu'un centre urbain, qu'elle soit autochtone ou non. Il faut reconnaître qu'il y a ici des difficultés d'ordre géographique. Ce serait magnifique d'avoir suffisamment de professionnels de la santé partout et dans toutes les réserves, mais comment y arriver? Je suis convaincu qu'il y a suffisamment de professionnels autochtones au Canada. Rien ne peut garantir qu'ils retourneront dans leur réserve ou dans leur village d'origine. Cela représente une très grande difficulté pour les autorités de la santé étant donné qu'elles n'ont pas le pouvoir de fixer un lieu ou un mode de travail.

Estimez-vous qu'une règle comme celle-là devrait être imposée à celui qui fait une demande? Si 10 places sont réservées à la faculté de droit et 10 autres à la faculté de médecine, le candidat retenu devrait-il être obligé de retourner travailler dans la réserve?

M. McCormick: Non, je ne serais pas aussi sévère que cela...

M. Cole: Il vous suffirait d'espérer qu'il revienne?

M. McCormick: S'il y a 30,000 Autochtones à Vancouver et s'il n'y a aucun travailleur de la santé qui puisse combler le fossé entre eux et les services médicaux, ils ont sûrement un rôle à jouer. Si quelqu'un veut améliorer la situation chez lui et si on lui offre la chance, la formation et l'appui nécessaires et s'il y avait des emplois dans la réserve et dans les villages à l'extérieur des réserves, alors il y a bien des chances qu'il resterait là.

Il faut réaliser que les collectivités autochtones sont une grande famille. Chacun a son grand-père et sa grand-mère paternels et maternels, ses oncles et sa famille, son frère et ses enfants, sa soeur et les siens. Les choses qui vous tiennent le plus à coeur sont là, autour de vous. S'il y avait de l'emploi pour les autochtones chez nous... comme je l'ai dit, il y a entre 40 et 90 p. 100 de chômage; c'est la raison pour laquelle les gens partent.

Tout ce qui nous est cher est là. C'est une sorte de rassemblement de famille perpétuel. S'il y avait de l'emploi et s'il y a une demande—je suis certain que les chiffres montrent qu'il y a une demande—je suis certain que la majorité d'entre eux reviendraient dans leur village pour donner un coup de main.

Des gens sortent du rang chez nous et tiennent à faire quelque chose et viennent nous réclamer de l'aide, au Conseil national des autochtones. Nous n'avons qu'une

[Text]

have one person. If it happens to be other than British Columbia or Nova Scotia, I am saying, we cannot help get some interaction with your government in the province or territory. We can let you know about national programs in health and welfare here, but really that is the extent of what we are able to do at present.

If you recommend that there be some sort of consideration for seats for health careers, I am quite sure there is adequate work in the native community, whether they go back or they are in an urban setting that warrants attention.

We did a survey. We wrote to our provincial organizations and to provincial and territorial governments, asking, do you have a specific policy for off-reserve aboriginal people? Do you have a specific program for aboriginal people living off reserve? Do you communicate with our provincial and territorial organizations to get information about the situation? One out of eight across the country. . .

I would not put that sort of a strong thing on it, but I would certainly like to see support for looking into that endeavour.

Mr. Cole: Would you have statistics on the number of native people who have been trained in the various professions over the last 10, 15, or 20 years? Do you have access to those, or would they be available only through the professional organizations?

It would be very interesting to me, because I am not convinced guaranteeing the places is going to resolve the problem. Let me put it that way. What I would like to know is for instance how many native physicians have been trained over the last 10 or 20 years. I am sure we would be very shocked at how low that number is, but it would also be very apropos to know what those numbers are, so we could say we have a problem here, and here is a potential way of resolving it. Or we may find there have been lots but they are not servicing the community, and we have to look at the problem of servicing the community by those people or by others. That is the kind of statistic I would be interested in having.

Mr. McCormick: That is the kind of statistics I am personally interested in myself. It is a shame that as a national leader I am not able to give you that information.

Mr. Cole: Right. So you do not have access to that information.

Mr. McCormick: I should have it. There is no data base in any province or territory in the country on health per se, whether there are native people in there or not. There is an Oneida doctor, Dr. Anton, in the Six Nations who I am quite sure could tell us how many aboriginal trained medical doctors there are. But it is a matter, as you say, of going to each profession.

That should be ready information for provincial, federal, and aboriginal organizations. You guys are the

[Translation]

seule personne. Si la demande d'aide vient d'ailleurs que la Colombie-Britannique ou la Nouvelle-Écosse, il nous est impossible de communiquer avec le gouvernement de la province ou du territoire. Nous pouvons informer les gens des programmes nationaux de santé et de bien-être, mais ça s'arrête là pour le moment.

Si vous recommandez qu'il y ait des places en faculté de médecine, je suis certain qu'il y a suffisamment de travail dans les milieux autochtones, là d'où ils viennent ou en ville.

Nous avons fait une enquête. Nous avons envoyé une lettre à nos organisations provinciales et aux gouvernements des provinces et des territoires pour savoir s'il y avait une politique particulière à l'intention des autochtones vivant à l'extérieur des réserves. On a demandé aux gouvernements s'ils communiquaient avec les organisations provinciales ou territoriales pour en savoir davantage sur la situation? Dans tout le Canada, un sur huit. . .

Je ne veux pas trop insister, mais j'aimerais bien obtenir de l'aide pour pouvoir en savoir davantage.

M. Cole: Savez-vous combien d'autochtones ont reçu une formation professionnelle dans les 10, 15 ou 20 dernières années? Avez-vous ces chiffres ou ne peut-on les obtenir qu'en s'adressant aux corporations?

J'aimerais beaucoup le savoir parce que je ne suis pas convaincu que c'est en garantissant un nombre de places que l'on va régler le problème. Je vais reformuler ma question. Combien a-t-on formé de médecins autochtones au cours des 10 ou 20 dernières années? On serait sûrement scandalisé d'apprendre combien il y en a eu peu, mais il serait bon de le savoir pour que l'on puisse cerner le problème et déterminer comment on peut le régler. On apprendra peut-être au contraire qu'il y en a eu beaucoup mais qu'ils n'offrent pas leurs services, ce qui nous forcera à chercher d'autres professionnels pour dispenser les services. C'est le genre de chiffres que j'aimerais avoir.

M. McCormick: C'est le genre de chiffres que j'aimerais avoir moi aussi. Je trouve déplorable qu'à titre de dirigeant d'une organisation nationale je ne puisse pas vous donner ce renseignement.

M. Cole: D'accord. Donc, vous n'avez pas ce chiffre.

M. McCormick: Je devrais. Ni dans les provinces ni dans les territoires il n'y a de base de données sur les soins de santé proprement dit, qu'il s'agisse des autochtones ou non. Le D^r Anton, Onneiout des Six nations le saurait sûrement. Mais comme vous l'avez dit, cela revient à s'adresser à des représentants de chaque profession.

C'est un renseignement dont devraient disposer toutes les organisations provinciales, fédérales et autochtones.

[Texte]

health committee. You should be able to tell me that. I am sharing a concern with you. You do not know, and I do not know, yet we have all these statistics. So let us find out. There should be a task force in each province and territory to assess what the need is, what tools you have to address it. By "tools" I mean aboriginal people who are involved in the health system in whatever capacity and who happen to be working with aboriginal communities. Or if they are working in a non-aboriginal community, that is fine, but it is somebody in there. I think it is something we have to know. These statistics are not going away by themselves.

[Traduction]

C'est vous qui constituez le Comité de la santé: vous devriez être capable de me le dire. Je vous fait part d'une de mes préoccupations. Nous avons toutes sortes de chiffres, pourtant ni vous ni moi ne le savons. Allons aux renseignements. Dans chaque province et territoire, il devrait y avoir un groupe de travail chargé de déterminer la demande et les moyens dont on dispose pour régler le problème. Par «moyens», j'entends les autochtones qui assurent des soins médicaux à quelque titre que ce soit et qui travaillent dans les milieux autochtones. Même s'ils ne travaillent pas en milieu autochtone, cela va toujours, pourvu qu'il y ait quelqu'un. C'est quelque chose qu'il faut savoir. Ces chiffres ne se compilent pas tout seuls.

• 1025

Ms Guarnieri: I was dismayed by the suicide rate you say is prevalent among 15- to 24-year-olds. I suspect one of the reasons might be the bleakness or despair they might feel about their lives. But I was wondering whether you might provide some insights as to whether we should be trying to have your people evolve at a quicker rate. Are we really doing your people a favour by going into the communities, acting as a catalyst, and saying they should be living up to modern-day standards?

When I was in Iqaluit I was struck by the bleakness and despair, yet there was a serenity about the people and their way of life and they really did not want to change. They wanted the old traditional ways. So have we contaminated your people, rather than helped them?

Mr. McCormick: I am at a loss to answer your question. I do not think I inferred that we wanted to change the cultural lifestyle of the communities.

Ms Guarnieri: How do we reconcile the two?

Mr. McCormick: Taking the suicide rate, I would attribute it significantly to cultural loss. One factor for any nation of people is their religion, and when European people came over to Canada they pulled the rug out from under aboriginal people in bringing their own religion, which was forced on aboriginal people. Medicine people and traditional leaders are in the community and respect must be given back to the communities and to those people, in order to make communities holistic.

Action should be taken in consultation with community leaders on what they perceive the problems to be and what they would like to do about them. What they need from you is support in helping them accomplish what they want to do. But the community itself must do it.

Speaking for myself, I do not travel to Moosonee and try to solve their problems for them, whether they relate to health or whatever. The people of the community tell me about a problem and tell me they want to do something about it, then I try to find ways in which I can support those people in doing something about that issue. The community has to be given the responsibility for

Mme Guarnieri: J'ai été bouleversée d'apprendre de vous le taux de suicides des 15 à 24 ans. J'imagine que ça s'explique en partie par la tristesse et le désespoir de leur vie. Je me demande si vous pensez que nous avons raison d'essayer d'accélérer l'évolution de votre peuple. Est-ce qu'on lui rend vraiment service lorsqu'on se rend chez vous et agissons comme un catalyseur et essayons de vous faire vivre de façon moderne?

Quand je suis allée à Iqaluit, j'ai été frappée par l'aspect morne de l'endroit et par le désespoir. Pourtant, les gens exprimaient une sérénité et ne voulaient pas vraiment changer leur mode de vie. Ils voulaient conserver les usages traditionnels. Est-ce qu'on a contaminé votre peuple au lieu de l'aider?

M. McCormick: Je ne sais trop quoi vous répondre. Je ne pense pas avoir laissé entendre que nous voulions changer notre style de vie culturelle.

Mme Guarnieri: Comment concilier les deux?

M. McCormick: Pour ce qui est du taux de suicides, je l'attribuerais en grande partie à la déculturation. Pour tous les peuples, la religion est un facteur important. Or, lorsque les Européens sont arrivés au Canada, ils ont dépouillé les autochtones de leur religion et leur ont imposé la leur. Pour préserver l'intégrité de notre société, il faut avoir du respect pour les guérisseurs et nos chefs ancestraux.

Les décisions doivent être prises en consultation avec nos chefs, en fonction de leur perception du problème et de la solution qu'ils souhaitent. Ce qu'ils veulent de vous, c'est que vous les aidiez à réaliser ce qu'ils veulent accomplir. Mais ce sont les gens qui doivent le faire eux-mêmes.

Moi par exemple, je ne me rends pas à Moosonee pour essayer de régler leurs problèmes à leur place, qu'il s'agisse de santé ou d'autre chose. Les gens me parlent de leurs problèmes me disent qu'ils veulent faire quelque chose et moi j'essaie de les aider à réaliser ce qu'ils veulent faire. C'est aux gens qu'il faut donner la responsabilité de prendre des décisions. Dans le domaine

[Text]

making decisions. In the health care area, we need support for people in the communities that want to do something about the health situation.

Respect is important and you have to respect the way that community operates. If there is an elders' committee, it has to have a say in what happens in that community. When you take that away, communities are falling apart. Respect for our cultural and traditional ways is not there. Respect for whatever is happening and for the people who are leaders of the community as well as support for what they want to try to accomplish are needed.

Ms Guarnieri: Thank you.

The Chairman: I thank the witnesses today. I would like to extend our personal thanks to each of you for appearing before the committee. It is evident by the interest shown by your questions that the committee is certainly interested.

I would hope that as we continue the study in looking at various aspects of health care we may take the liberty to call on you and your organization as we need more information. Members of the committee as individuals or the committee as a whole may wish to follow up and ascertain more information from both of you.

• 1030

Mr. McCormick and Ms McCue, I do sincerely on behalf of the standing committee thank you very much for appearing here before us this morning.

Mr. McCormick: I would like to thank you for giving us so much time, Mr. Chairman. I thought the committee was asking extremely knowledgeable questions. We would be more than happy to discuss further any of the questions or things that committee members would like to bring forward. I think that kind of communication and dialogue is necessary and we will help as much as we can.

The Chairman: Thank you very much.

This meeting is adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

de la santé, il faut aider les gens sur place qui veulent améliorer la situation.

Le respect, c'est important, et il faut respecter la façon dont se font les choses dans le milieu. S'il y a un conseil des aînés, il doit avoir son mot à dire. Si on ne lui en donne pas la chance, la société se désagrège. Il n'y a pas de respect pour nos us et coutumes. Il faut accorder du respect à nos dirigeants et soutenir ce qu'ils entreprennent.

Mme Guarnieri: Merci.

Le président: Je remercie nos témoins. Je tiens à exprimer mes remerciements personnels à chacun d'entre vous pour être venus au Comité. Vos questions montrent bien l'intérêt que porte le Comité.

Au fil de notre étude, j'espère que nous pourrions nous adresser à vous et à votre organisation s'il nous faut davantage d'information. Il se peut que certains membres du Comité ou le Comité tout entier souhaitent faire un suivi et obtenir de vous deux certains renseignements supplémentaires.

Monsieur et madame McCue, je vous remercie sincèrement au nom du Comité permanent d'avoir comparu devant nous ce matin.

M. McCormick: Je tiens à vous remercier de nous avoir consacré autant de temps, monsieur le président. J'ai trouvé que les membres du Comité posaient des questions très éclairées. Je serai ravi de discuter plus à fond des questions que les membres du Comité voudront soulever. Ce genre de dialogue est nécessaire et nous ferons tout pour vous aider.

Le président: Merci beaucoup.

La séance est levée jusqu'à convocation par le président.



*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESSES

From the Native Council of Canada:

Christopher McCormick, National Spokesperson;
Dorothy McCue, Health Co-ordinator.

TÉMOINS

Du Conseil national des autochtones du Canada:

Christopher McCormick, porte-parole national;
Dorothy McCue, coordonnatrice de la santé.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 20

Tuesday, March 20, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 20

Le mardi 20 mars 1990

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of
the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude
du régime de soins de santé au Canada et de son
financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MARCH 20, 1990

(26)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:04 o'clock a.m. this day, in Room 701, 151 Sparks, the Vice-Chairman, Nicole Roy-Arcelin, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, Nicole Roy-Arcelin and Brian White.

Acting Member present: Joe Fontana for Paul Martin.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the Canadian Co-operative Association: Lynden Hillier, Executive Director; Thomas E. Marwick, Executive Director, Regina Community Clinic.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Lynden Hillier and Thomas E. Marwick made statements and then, Thomas E. Marwick answered questions.

At 10:24 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 20 MARS 1990

(26)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 04, dans la pièce 701 au 151, rue Sparks, sous la présidence de Nicole Roy-Arcelin (*vice-présidente*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, Nicole Roy-Arcelin et Brian White.

Membre suppléant présent: Joe Fontana remplace Paul Martin.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: De la Canadian Co-operative Association: Lynden Hillier, directeur administratif; Thomas E. Marwick, directeur administratif, Regina Community Clinic.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

Lynden Hillier et Thomas E. Marwick font des exposés et ensuite, Thomas E. Marwick répond aux questions.

À 10 h 24, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Tuesday, March 20 1990

• 0904

La vice-présidente: À l'ordre!

Le Comité permanent reprend son étude du système des soins de santé conformément à l'article 108(2) du Règlement.

Nous accueillons ce matin les représentants du Canadian Co-operative Association. Bienvenue, madame et messieurs. Je pense que c'est M. Lars Aplan qui fera l'exposé. Je lui demanderais de nous présenter ses collègues.

• 0905

Mr. Lynden Hillier (Executive Director, Canadian Co-operative Association): Thank you, Madam Chairman. We appreciate the opportunity to speak to you on our perspectives on health care services delivery in Canada. We appreciate the fact that there is a quorum here, because we understand from the media this morning that the morning is well under way for a number of you.

Let me introduce my colleagues. I have with me today Myrna Barclay, Director of Education and Development with the Canadian Co-operative Association; Mr. Tom Marwick, Executive Director of the Regina Community Clinic; and Mr. Lars Aplan, Research Associate with the Canadian Co-operative Association.

I will say just a couple of words on the Canadian Co-operative Association. We represent anglophone co-operative organizations across Canada that have a membership across the country of about 14 million people. It is also important to note that we work very closely at a national level with le Conseil canadien de la coopération, which is the organization that represents francophone co-operatives across Canada, and so our counterpart organization. They were not able to be with us here today. We have been working closely together on the area of health care co-operatives. However, if there are questions from the committee on the work they have done and their interest those questions can be put to their office here in Ottawa, or if you are interested in talking to them at a later date they would have the same interest.

In our letter to the Minister of Finance concerning pre-budget matters we spoke of the need for government to look at some fundamentally different approaches to delivery of services in areas that Canadians have become very accustomed to having and in areas where governments have traditionally played a very high

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mardi 20 mars 1990

The Vice-Chairman: Order please!

The Standing Committee resumes consideration of the health care system pursuant to Standing Order 108(2).

We welcome this morning representatives of the Canadian Co-operative Association. I welcome you, madam and gentlemen. I think Mr. Lars Aplan will make the presentation. I would ask him to introduce his colleagues.

M. Lynden Hillier (directeur administratif, Canadian Co-operative Association): Merci, madame la présidente. Nous vous remercions de nous accorder cette occasion de vous parler de notre point de vue sur la prestation des services de santé au Canada. Nous apprécions le fait qu'il y ait quorum, parce que d'après les nouvelles de ce matin, nous croyons savoir que l'avant-midi est déjà bien avancé pour certains d'entre vous.

Si vous le permettez, je vais vous présenter mes collègues. Je suis accompagné aujourd'hui de M^{me} Myrna Barclay, directrice de l'éducation et du développement à la Canadian Co-operative Association, de M. Tom Marwick, directeur administratif de la Regina Community Clinic, et de M. Lars Aplan, adjoint de recherche de la Canadian Co-operative Association.

Je vais simplement dire quelques mots sur la Canadian Co-operative Association. Nous représentons des organismes coopératifs anglophones de tout le Canada, et notre association compte environ 14 millions de membres répartis dans toutes les régions du pays. Il est également important de noter que nous travaillons en très étroite collaboration à l'échelle nationale avec le Conseil canadien de la coopération, organisme qui représente les coopératives francophones du Canada et qui constitue donc notre équivalent francophone. Les représentants du conseil ne peuvent pas nous accompagner aujourd'hui, mais nous travaillons en étroite collaboration dans le domaine des coopératives de soins de santé. Toutefois, si les membres du Comité veulent poser des questions aux représentants de cet organisme sur leur travail et leurs intérêts, vous pouvez les adresser à leur bureau d'Ottawa, ou si vous voulez les inviter à venir vous parler, ils seront tout aussi intéressés que nous.

Dans la lettre que nous avons fait parvenir au ministre des Finances avant la présentation de son budget, nous disions que le gouvernement devait examiner des modèles fondamentalement différents de prestation de services sur lesquels les Canadiens sont habitués de compter et auxquels les gouvernements ont toujours beaucoup

[Texte]

participative role. We made that point of some fundamental differences in delivery of services with a view to governments' interest in reducing the deficit, and one of the areas we were talking about when we talked about different approaches was the area of health care services.

There is evidence to suggest that co-operative health care approaches can deliver services in a more cost-effective manner; in fact, we have a study under way right now to further substantiate that. This area of health care co-operatives was raised at a federal-provincial conference of ministers responsible for co-operatives last November. There was some interest there, and therefore a further study was suggested at that point in time.

The co-operative approach and structure for communities to organize to provide themselves with goods and services is an idea that has stood the test of time and is as relevant today as it ever has been. As credit unions, caisses-populaires, consumer co-operatives, and producer co-operatives were established to provide services in communities, so can health care co-operatives for the future be relevant in providing communities with changing services on a more cost-effective basis and thereby address issues that we will face in health care delivery for the future.

I would like to speak briefly about some of the characteristics of co-operative health care. The Canadian Co-operative Association sees not-for-profit, community-based co-operative health clinics with member-elected and accountable boards of directors as natural and effective means by which to address many of Canada's health care delivery problems. We think solutions to the problems we face today in health care delivery do not lie simply in funding cut-backs, rationing or user fees, but rather in basic reform and alternatives in planning, organizing and financing health care services.

• 0910

At the core of federal and provincial health strategies is a shift towards more public participation in a system that takes a more preventive approach to health care. The underlying objective, of course, is a more effective and efficient health care system. The Canadian Co-operative Association believes that health care co-operatives should be viewed as a means by which health policy objectives and general health strategies of governments can be implemented. Indeed the guiding principles of health care co-operatives clearly complement government policy objectives in this particular area.

[Traduction]

participé. Nous avons parlé de modèles fondamentalement différents de formules de prestation de services en tenant compte du désir des gouvernements de réduire le déficit, et l'un des domaines où nous suggérons des modèles différents est celui des soins de santé.

Certains faits montrent que les coopératives de soins de santé peuvent assurer des services d'une manière plus rentable; en fait, nous sommes en train d'effectuer une étude qui le démontrera encore plus clairement. Lors de la conférence fédérale-provinciale des ministres responsables des coopératives, en novembre dernier, on a abordé la question des coopératives de soins de santé. On y a manifesté suffisamment d'intérêt pour proposer un examen plus approfondi de la question.

Depuis très longtemps les collectivités ont choisi la formule et la structure de la coopérative pour s'organiser en vue de se donner des biens et des services, et la formule est tout aussi pertinente aujourd'hui qu'autrefois. Tout comme les coopératives de crédit, les caisses populaires, les coopératives de consommateurs et les coopératives de producteurs étaient établies en vue d'assurer des services aux collectivités, les coopératives de soins de santé pourront à l'avenir assurer aux collectivités des services adaptés et d'une manière plus rentable, ce qui permettra de mieux régler les problèmes qui se présenteront dans le domaine de la prestation des soins de santé.

Je voudrais vous parler brièvement de certaines des caractéristiques des coopératives de soins de santé. La *Canadian Co-operative Association* voit dans les cliniques de santé communautaires constituées en coopératives sans but lucratif, dont les membres élisent les administrateurs et leur demandent des comptes, un moyen naturel et efficace d'aborder nombre de problèmes que présente la prestation des soins de santé au Canada. Nous estimons que les solutions aux problèmes courants de la prestation des soins de santé ne se limitent pas uniquement à la réduction des crédits, au rationnement des services ou au recours au ticket modérateur; il faut plutôt une réforme fondamentale et des solutions de rechange dans la planification, l'organisation et le financement des services de soins de santé.

La réorientation vers une plus grande participation du public et une démarche préventive en matière de soins de santé sont au coeur des stratégies fédérales et provinciales en matière de santé. L'objectif sous-jacent vise un régime de soins de santé plus efficace et plus efficient. La *Canadian Co-operative Association* estime que les coopératives de services de santé devraient être perçues comme étant un moyen de mettre en oeuvre les objectifs des politiques et les stratégies générales en matière de santé des gouvernements. De toute évidence, les principes directeurs des coopératives de services de santé constituent des compléments aux objectifs des politiques gouvernementales dans ce domaine précis.

[Text]

The co-operative model of community-based health service delivery is founded on several basic principles. I will just briefly overview those, as they are contained in a document submitted beforehand by our organization.

The first of these basic principles is community-based organization and control. Co-operative clinics are structured to be democratically controlled by their membership. Participation and involvement of that membership in the health care facility is encouraged.

The second attribute is an emphasis on prevention and education in the provision of direct health services and through specialized programming. In this area it is important to note that the co-operative democratic process can promote a dialogue between member users and the providers and administrators of health services. This helps to keep consumers better informed about health issues and better equipped to lead healthier lifestyles. I would add that this dialogue also helps the health care providers and administrators to better understand the basic need of the consumers of health care services.

A third attribute deals with remuneration of health services professionals by way of alternatives to fee-for-service payment. The fee-for-service payment system tends to provide payment for the treatment of illness rather than for its prevention. Because preventive medicine and educational consultations tend not to be covered in fee schedules, there is little or no financial incentive for physicians under the current system to provide such preventive, educational or developmental services.

A fourth attribute is provision of a variety of health services in one location. Health service co-operatives can realize economic savings because administrative costs of care-givers and providers are shared under one roof. Services in these types of facilities are more convenient for consumers since they need only go to one location for their health care requirements. In conjunction with methods of remuneration other than fee-for-service, having other care-givers in the same location allows and encourages health care professionals to refer patients to the most appropriate care-givers.

A fifth attribute is group practice as the basis for medical service. Again this is facilitated through non-fee-for-service pay structures that help reduce competition among health service professionals and help to create a more co-operative approach to health care.

This is a list of the principles we feel health care co-operatives in this country are based on as they currently are structured. We feel those are principles that very much fit with the trends we see occurring and the policy directions we see being set by governments at all levels in Canada.

With respect to the Canadian Co-operative Association and our role in this, as a general rule we see co-operatives

[Translation]

Le modèle coopératif de prestation de services de santé communautaires s'appuie sur plusieurs principes de base. Je vais brièvement passer en revue ces principes, contenus dans le mémoire que nous vous avons présenté.

Le premier principe porte sur l'organisation et le contrôle par la communauté. La structure des cliniques coopératives assure leur contrôle démocratique par les membres. Dans les cliniques de soins de santé, la participation des membres est encouragée.

Le deuxième principe porte sur l'importance accordée à la prévention et à l'éducation dans la prestation de services de soins de santé directs au moyen de programmes spécialisés. La démarche démocratique et coopérative favorise un dialogue entre les utilisateurs, les dispensateurs et les administrateurs de services de santé. Les consommateurs sont mieux informés au sujet des questions de santé et disposent de meilleurs outils pour conserver une meilleure santé. Ce dialogue aide les dispensateurs et les administrateurs de services de santé à mieux comprendre les besoins fondamentaux des consommateurs dans ce domaine.

Le troisième principe porte sur la rémunération des professionnels de la santé sur une base salariale, ou selon d'autres formules, plutôt qu'à l'acte. Le régime de rémunération à l'acte favorise le traitement des maladies plutôt que la prévention. Comme la médecine préventive et les consultations à des fins d'éducation ne sont pas nécessairement prévues par les grilles de rémunération à l'acte, le régime actuel offre très peu sinon pas de mesures financières incitatives pour que les médecins offrent de tels services en matière de prévention et d'éducation.

Le quatrième principe préconise la prestation d'une variété de services au même endroit. Étant donné que les coûts administratifs des professionnels de la santé sont regroupés dans un seul immeuble, les coopératives de services de santé permettent de réaliser des économies. Dans ces coopératives, les consommateurs peuvent recevoir tous les soins de santé dont ils ont besoin à un seul endroit. De concert avec un régime de rémunération autre que la rémunération à l'acte, le regroupement d'autres professionnels de la santé dans un même endroit permet d'adresser les patients au spécialiste qui est le mieux en mesure de régler leurs problèmes.

Le cinquième principe préconise un service médical basé sur la formule de pratique de groupe. Un régime de rémunération autre que la rémunération à l'acte réduit la concurrence entre les professionnels de la santé et favorise une démarche plus coopérative dans la prestation de soins de santé.

Voilà les principes sur lesquels reposent les coopératives de services de santé au pays. Ces principes correspondent très bien aux tendances que nous avons perçues et aux orientations politiques établies par les gouvernements à tous les niveaux au Canada.

Notre association perçoit de façon générale les coopératives comme étant le fruit d'initiatives venant de

[Texte]

as the product of grassroots initiative. However, the Canadian Co-operative Association believes it has a role to play in providing support and technical assistance to new co-operatives at critical points in their development. In the case of health care co-operatives, we think the Canadian Co-operative Association is in a position, first, to act as a resource group for co-operative information and education; second, to act as a liaison between health care co-operatives and governments, the public and other sectors; and third, to assist health care co-operatives to develop national or regional support organizations.

• 0915

The Canadian Co-operative Association believes the benefits of health care co-operatives can only be realized with the leadership and support of Canada's federal and provincial governments. It is the responsibility of government to put in place a legislative and financial framework which is conducive to the development of health care co-operatives.

These are four examples of what form this may take. First is financing arrangements sensitive to the philosophical—in other words, preventive—focus of health care co-operatives. I will give you an example of what we are talking about. A case in point, the Ontario Health Insurance Plan only provides payment for a routine infant check-up if it is conducted by a medical doctor. The co-operative notion of alternative and perhaps more appropriate uses of qualified health care professionals, such as nurses, to provide these services is effectively undermined in these regulations.

A second form which government support might take in terms of health care co-operatives is development, with the collaboration of health care co-operatives, of a set of criteria by which these and other health service organizations may be evaluated and thereby prove their worth.

Third, there are start-up assistance for new health care co-operatives, loan guarantees, interest-free loans, grants, etc.

Fourth, there are research funds that could be made available to explore the benefits of variations of the co-operative model.

Finally, the general development of these organizations should be seen by governments as part of their long-term strategies to meet health care objectives.

In conclusion, governments have administrative and financial responsibility for Canada's health care system. The Canadian Co-operative Association, an organization which has experience in community-based organization in many parts of this country, would welcome the opportunity to work with government to explore the co-operative model of health care service delivery as a means to help control health costs and to preserve and

[Traduction]

la base. Cependant, elle est d'avis qu'elle peut jouer un rôle en fournissant un appui et de l'aide technique aux nouvelles coopératives qui en sont à un stade critique de leur existence. Dans le cas des coopératives de services de santé, notre association peut, premièrement, agir à titre de groupe ressource pour fournir de l'information et de la formation dans le domaine des coopératives; deuxièmement, servir de lien entre les coopératives de services de santé et les gouvernements, les secteurs public et autres et, troisièmement, aider les coopératives de services de santé à mettre en place des organismes d'appui à l'échelle nationale ou régionale.

Notre association est d'avis que pour profiter des avantages découlant des coopératives de services de santé, il faut que les gouvernements fédéral et provinciaux agissent à titre de chefs de file. Il incombe au gouvernement de mettre en place un cadre législatif et financier favorisant les coopératives de services de santé.

Voici quatre exemples à ce sujet. Premièrement, des mesures de financement correspondant à la philosophie des coopératives de services de santé, autrement dit, la prévention. Voici un exemple. Le régime d'assurance-maladie de l'Ontario ne prévoit de rémunération pour un examen de routine d'un enfant que si cet examen est effectué par un médecin. Un principe coopératif prévoyant une meilleure utilisation de spécialistes de la santé, telles les infirmières, pour la prestation de ces services de santé se trouve contrecarré par ces règlements.

Deuxièmement, le gouvernement pourrait élaborer un ensemble de critères, avec la collaboration des coopératives de services de santé, pour évaluer ces coopératives et d'autres organismes de services de santé.

Troisièmement, il y a l'aide de démarrage pour les nouvelles coopératives de services de santé, les garanties de prêts, les prêts sans intérêt, les subventions, etc.

Quatrièmement, des fonds pour la recherche pourraient être avancés afin qu'on puisse étudier les avantages de variantes du modèle coopératif.

En dernier lieu, les gouvernements devraient considérer ces organismes comme faisant partie de leurs stratégies à long terme pour atteindre les objectifs en matière de soins de santé.

En conclusion, les responsabilités financières et administratives du régime de santé canadien relèvent des administrations gouvernementales. La *Canadian Co-operative Association*, une association qui compte de l'expérience auprès des organismes communautaires dans de nombreuses régions du pays, serait très heureuse de pouvoir aider le gouvernement à étudier le modèle coopératif de prestation de soins de santé à titre de moyen

[Text]

strengthen the principles of health care which Canadians have come to expect and require.

We feel that the co-operative health care approach is a long-term investment to a more effective system, both from a quality-of-service perspective and from a cost-effectiveness perspective.

So with those brief comments what I would turn the discussion to my colleague, Mr. Marwick, who can speak from a more local point of view as a director of the Regina community clinic. He is also a member of the Saskatchewan Community Health Care Co-operative Federation, an organization which is a member of the Canadian Co-operative Association. Thank you.

Mr. Thomas E. Marwick (Director, Regina Community Clinic and member, Canadian Co-operative Association): Thank you, Lynden, for covering a great deal of the territory here.

I am here first of all to support the presentation of the Canadian Co-operative Association, and central to that presentation is the notion of not-for-profit community sponsorship and consumer involvement in the delivery of health services. I am also here to talk to you a little bit about what it is like to operate one of these alternatives and what we think we can offer to the specific items that are set out in the committee's current area of study.

Let me start by talking a little bit about evaluation of these alternatives. To be clear, the alternative of which we speak, and which Lynden so nicely summed up with those five principles—community-based organization and control, group practices as the mode of medical service, multi-disciplinary, multi-service and so forth—are not unique just to the community clinics in Saskatchewan. They are not unique just to organizations like community clinics in other parts of the country, which are organized as co-operatives, but they are unique to organizations that come together on the basis of those principles that which guide the co-operative philosophy, not-for-profit consumer sponsorship and so forth.

• 0920

You will find them in Ontario, in growing numbers, in the form of community health centres, health service organizations and a new, more fully integrated model, called the Comprehensive Health Organization.

You will find them in the Maritimes as co-operatives and as not-for-profit societies and corporations. You will find them in Manitoba and you will find them in Quebec as the CLSCs and as other community-based multi-service approaches.

Central to the whole idea behind not-for-profit consumer-based control is the idea that when you have a publicly financed system of health care, by organizing in this way, you perhaps can make the step beyond just insurance. You can begin to have some measure of public

[Translation]

de contrôle des frais de santé et à préserver et renforcer les principes du régime de soins de santé auxquels les Canadiens s'attendent et ont droit.

Pour nous, la démarche coopérative en matière de soins de santé constitue un investissement à long terme vers un système plus efficace tant du point de vue de la qualité que de l'efficacité.

Sur ces brefs commentaires, je cède la parole à mon collègue, M. Marwick, qui peut vous présenter un point de vue plus local, à titre de directeur de la clinique communautaire de Regina. M. Marwick est également membre de la *Saskatchewan Community Health Care Co-operative Federation*, organisme membre de la *Canadian Co-operative Association*. Je vous remercie.

M. Thomas E. Marwick (directeur, Regina Community Clinic, membre de la Canadian Co-operative Association): Merci, Lynden, d'avoir couvert presque toute la matière.

Je désire d'abord appuyer la position prise par la *Canadian Co-operative Association*. Un élément essentiel de cette prise de position porte sur un appui communautaire à but non lucratif et une participation des clients à la prestation des services de santé. Je veux également vous entretenir du fonctionnement de l'une de ces cliniques et de la contribution que nous pouvons apporter à l'étude entreprise par le Comité.

Je vais d'abord parler brièvement de l'évaluation de ces solutions de rechange. Précisons d'abord que la solution de rechange dont nous parlons n'est pas exclusive aux cliniques communautaires de la Saskatchewan. Mon collègue Lynden vous en a d'ailleurs donné les cinq grands principes: organisation et contrôle par la communauté, service médical basé sur la formule de pratique de groupe, multidisciplinarité, services multiples, et ainsi de suite. Cette solution de rechange n'est pas l'apanage d'organismes comme les cliniques communautaires d'autres régions du pays, constituées sous forme de coopératives, mais elle est propre aux organismes appuyant les principes qui sous-tendent la philosophie de la coopération, l'appui à but non lucratif des consommateurs, et ainsi de suite.

On en trouve de plus en plus en Ontario, sous forme de centres de santé communautaires, d'organismes de services de santé, ainsi que d'organismes davantage intégrés et appelés *Comprehensive Health Organization*.

Dans les Maritimes, ce sont des coopératives et des sociétés à but non lucratif. On en retrouve au Manitoba et au Québec, sous forme de CLSC et d'autres organismes multi-services à vocation communautaire.

L'élément essentiel de l'organisme à but non lucratif contrôlé par les consommateurs, c'est que lorsque le système de santé est financé par des fonds publics, on peut espérer, en l'organisant de cette façon, aller au-delà de la simple assurance-maladie. On commence à avoir un

[Texte]

direction and public involvement in the way the health care program of this country should unfold.

Those really are the principles that guided the founders of our movement in Saskatchewan, in the aftermath and during medicare of 1962, and subsequently in all of these approaches that share those basic principles in all corners of this country.

At about the end of 1960s, early 1970s, with the national program of hospital and medical insurance in place, provinces having picked up medicare, picked up hospital insurance, we began to encounter another problem. This was the ability to control and manage health costs.

It is clear that even now health costs are not out of line with what was predicted by Hall in the 1964 royal commission report and reiterated in the 1980 report, that costs should range between 7% and 9% of gross national product. Since the late 1960s and early 1970s there has been great concern over how best to direct and control funds allocated for health care. Insurance is not an easily controllable way to finance the system.

That gave rise to interest in the alternative we are advocating here from quite another perspective, the management of health costs. If you change the way you pay for professional services, if you put emphasis on the provision of services, emphasis on prevention education—but perhaps more importantly provide a bigger role for primary care and a much broader and better organized role for primary care—you just might be able to save a few dollars a little further along in the area of much more costly hospital and high-technology health costs.

That little seed of a question began to come up in the vocabularies of those of us advocating this approach, as I said, by the early 1970s. Some of you will be familiar with what is commonly called the Hastings report, or the Community Health Centre Project—and I am aware that one of the members of this committee was on the original Community Health Centre Project.

This was the first real attempt, on an organized basis at the national level—by the conference of health ministers—to have a look at community health centres, community clinics, and to begin to evaluate not only the importance of the principle of consumer sponsorship and so forth, but also cost effectiveness.

Interestingly enough, the recommendations by the Community Health Centre Project were that governments at the provincial level, encouraged by the federal government, should continue to encourage the formation and the development of community health centre and like alternatives, and should lay in place a system of evaluation for these things to measure what they are doing.

[Traduction]

élément de gestion et de participation publiques dans le choix de l'orientation que doit prendre l'assurance-maladie dans ce pays.

Voilà les principes dont se sont inspirés les fondateurs de notre mouvement en Saskatchewan, pendant et après la création de l'assurance-maladie en 1962 et par la suite, pour mettre en oeuvre les différentes formules présentées aujourd'hui dans toutes les régions du pays, et qui reposent sur les mêmes principes.

Vers la fin des années 60 et au début des années 70, une fois mis en place le programme national d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie, qui fut repris par les provinces, nous nous sommes heurtés à un autre problème, à savoir notre aptitude à maîtriser et à gérer les coûts des soins de santé.

Même aujourd'hui, ces coûts sont à peu près conformes à ce qu'avait prédit Hall dans le rapport de la commission royale de 1964, puis de nouveau dans le rapport de 1980, à savoir qu'ils s'établissent entre 7 et 9 p. 100 du produit national brut. Depuis la fin des années 60 et le début des années 70, on se préoccupe sérieusement de trouver la meilleure façon d'orienter et de maîtriser les fonds destinés aux soins de santé. L'assurance n'est pas une formule de financement facilement contrôlable.

Voilà les éléments qui ont suscité notre intérêt pour des formes de remplacement que nous préconisons ici en nous plaçant d'un point de vue tout à fait différent, à savoir celui de la gestion des coûts des services de santé. En modifiant le mode de paiement des services médicaux, en mettant l'accent sur la prestation de services et sur la prévention, mais surtout en élargissant le rôle des soins primaires, on peut épargner quelques dollars en évitant, par la suite, de recourir à des hospitalisations ou à des soins faisant appel à la haute technologie, ce qui coûte beaucoup plus cher.

Ceux qui, comme je l'ai dit, préconisaient cette formule dès le début des années 70 ont commencé à se poser une question. Vous connaissez sans doute le rapport Hastings, ou le projet des centres de santé communautaires—j'ai même appris qu'un membre de ce Comité avait participé initialement à ce projet.

Pour la première fois, on a essayé, par l'intermédiaire d'une conférence des ministres de la Santé, d'étudier à l'échelle nationale la formule des centres de santé communautaires, des cliniques communautaires, et d'évaluer non seulement l'importance du principe du parrainage des utilisateurs, et ainsi de suite, mais également l'efficacité de la formule.

On remarquera que les responsables du projet ont recommandé aux gouvernements provinciaux et fédéral de continuer à favoriser la création et le développement de centres de santé communautaires et d'organismes du même genre, et de mettre en oeuvre un système d'évaluation de l'action de ces organismes.

[Text]

Twenty years of history later, we have come some measure—not the full measure—of what the Hastings report, the Community Health Centre Project, recommended. But there are a good deal more community health centres, and if nothing else, that report did give us credibility and did attract attention to us as legitimate and meaningful providers of services. In that respect, Hastings is as important today as it was when the report was tabled in 1972.

• 0925

I want to talk a bit about evaluation and I want to draw to your attention the results of a study commissioned by the Saskatchewan Department of Health in 1980 or 1981, with the approval, agreement and participation of the community clinics in that province. It was designed to measure the cost of provision of health services to community clinic patients as compared to private practice or fee-for-service patients, not just how many fees were charged when patients visited their physician, but the cost through the whole system. If you accept the argument that we save hospital costs and so forth at the other end of the system, then you should measure costs throughout the system.

The report was completed in 1983. It was not released until 1989, and I will come back to some of the reasons for that a bit later. In the cities of Saskatoon and Prince Albert, where we have the province's two largest clinics, the study isolated 15,297 community clinic users and compared them with 15,297 private practice patients. It was very specific in matching age, sex, marital status, family type, family size and socio-economic characteristics to the extent that members of both groups were matched by postal code. So they did have representative samples on both sides.

They followed them for a year and measured cost of services in all of the insured health service areas. The cost of providing medical services was higher than for private practice patients; 16% higher in Prince Albert and 20% higher in Saskatoon. But then we got to hospital use, and in Prince Albert community clinics had 23% fewer days in hospital. The average length of stay was 15% shorter than the private practice patients, and there were 10% fewer stays. On the whole, in-patient hospital costs—and we know what hospital costs constitute by way of a portion of health spending in this country—in Prince Albert were 23% lower than their private practice counterparts. In Saskatoon, community clinic patients had 31% fewer days of in-patient stay, the average length of stay was 9% shorter with 24% fewer admissions or fewer stays in hospital, producing overall savings in

[Translation]

Vingt ans plus tard, nous en sommes venus à évaluer, ne serait-ce que de façon incomplète, la mise en oeuvre des recommandations du rapport Hastings et des responsables du projet des centres de santé communautaires. Aujourd'hui, il y a beaucoup plus de centres de santé communautaires et, ne serait-ce que pour cela, ce rapport nous a conféré une certaine crédibilité et a attiré l'attention sur nous en nous présentant comme des éléments légitimes et importants du réseau des soins de santé. À cet égard, le rapport Hastings est aussi important aujourd'hui qu'il l'était lors de son dépôt en 1972.

Je voudrais parler de cette évaluation, en attirant votre attention sur les résultats d'une étude commandée par le ministère de la Santé de la Saskatchewan en 1980 ou en 1981, et qui a été réalisé avec l'approbation, l'accord et la participation des cliniques communautaires de cette province. Elle visait à mesurer le coût des services médicaux donnés aux patients des cliniques communautaires par rapport au coût des soins assurés en pratique privée, ou par des médecins rémunérés à l'acte, en considérant non pas uniquement le coût de chaque visite chez le médecin, mais le total des coûts sur l'ensemble du système. Si l'on part du principe qu'il est possible d'économiser sur les coûts d'hospitalisation, etc., situés à l'autre extrémité de la gamme de soins, il faut mesurer tous les coûts sur l'ensemble du réseau des soins de santé.

Le rapport était prêt dès 1983, mais il n'a été publié qu'en 1989, et je reviendrai tout à l'heure sur certaines raisons de ce retard. Dans les villes de Saskatoon et de Prince Albert, où se trouvent les deux plus grandes cliniques de la province, l'étude a porté sur 15,297 utilisateurs de cliniques communautaires, qui ont été comparés avec 15,297 patients de pratique privée. On a soigneusement veillé à faire correspondre les paramètres d'âge, de sexe, de statut marital, de type et de taille de la famille, ainsi que l'ensemble des caractéristiques socio-économiques, en indiquant même le code postal dans les deux groupes. On a donc constitué un échantillon représentatif de part et d'autre.

Les patients ont été suivis pendant un an, et on a mesuré le coût de tous les services médicaux assurables qui leur ont été procurés. Ce coût était plus élevé pour les patients de pratique privée: 16 p. 100 de plus à Prince Albert et 20 p. 100 de plus à Saskatoon. En ce qui concerne le recours à l'hospitalisation, les cliniques communautaires de Prince Albert ont demandé 23 p. 100 de jours d'hospitalisation de moins. La durée moyenne des séjours en milieu hospitalier était de 15 p. 100 plus courte que pour les patients de pratique privée, et il y a eu 10 p. 100 de séjours en moins. Dans l'ensemble, les coûts d'hospitalisation, qui constituent, comme on le sait, une partie importante du budget de la santé dans ce pays, étaient de 23 p. 100 inférieurs pour les clients des cliniques communautaires de Prince Albert. À Saskatoon, ces mêmes clients ont totalisé 31 p. 100 de jours

[Texte]

hospital costs in the range of 30% from the private practice group.

Another area the study measured was the cost of drug material prescribed to patients, where that drug material was within the purview of the provincial drug plan formulary, and the number of prescriptions written to patients. Again, the numbers are consistent with the theory that we are saving some money for the system. Community clinic patients in Prince Albert had 8% fewer prescriptions and drug material costs were 11% lower than their private practice counterparts. In Saskatoon there were 21% fewer prescriptions and drug material costs were 21% lower than with private practice patients. These are two virtually identical groups, with 15,000 on each side.

• 0930

The study, in my mind at least, first of all is fairly methodologically and scientifically sound, secondly is comprehensive, and finally speaks very much for itself.

These numbers are not unique to the community clinic experience in Saskatchewan. If you spend some time in Ontario and talk to the people in the Ministry of Health there, you will know that there have been several similar types of efforts and they all turn in numbers that consistently show lower hospital costs, moderately higher medical costs—but where you are emphasizing primary care you should expect moderately higher medical costs—lower costs associated with technology, lower costs associated with drug prescribing and the cost of drug materials. Consistently the numbers come in showing these kinds of savings.

I mentioned earlier that the study was not released until 1989. We are not entirely sure why that has been the case. We pressed for its release for all of the years that have passed between 1983 and 1989. Part of it might lie in the aftermath of medicare in Saskatchewan and the perception of community clinics as being on one side of that issue, and that issue has never really died in Saskatchewan.

I guess my message on that whole thing is that health costs are too great. A good program of health care is too important to the people of this country to allow that sort of thing to continue to colour the views of governments in terms of looking at alternatives that can better assist us to manage costs and that can better assist us to provide good-quality health care. Accordingly, we would like to see the partisan axe buried on this thing and would like government to get on with the business of investigating this alternative and using it in the public's best interest.

[Traduction]

d'hospitalisation en moins, leur séjour en milieu hospitalier a été en moyenne de 9 p. 100 plus court et ils ont totalisé 24 p. 100 d'admissions en moins, soit une économie totale de l'ordre de 30 p. 100 par rapport aux groupes de pratique privée en ce qui concerne les coûts d'hospitalisation.

L'étude a également mesuré le coût des médicaments prescrits aux patients lorsque ces médicaments figuraient sur le formulaire pharmaceutique de la province, et elle a aussi consigné le nombre des ordonnances délivrées aux patients. Encore une fois, les chiffres indiqués dans ce domaine confirment le fait que les cliniques communautaires permettent de réaliser des économies. Leurs patients de Prince Albert ont reçu 8 p. 100 d'ordonnances en moins et leurs médicaments ont coûté 11 p. 100 de moins que ceux prescrits aux patients de pratique privée. À Saskatoon, il y a eu 21 p. 100 d'ordonnances en moins et les médicaments ont coûté 21 p. 100 de moins. Il s'agit de deux groupes pratiquement identiques, comptant environ 15,000 patients chacun.

Personnellement, je crois que c'est une étude solide sur le plan méthodologique et scientifique; en outre, elle est complète et, en fin de compte, on peut la juger à ses mérites.

Ces chiffres ne se retrouvent pas seulement dans les cliniques communautaires de la Saskatchewan. Si vous passez quelque temps en Ontario et que vous parlez aux fonctionnaires du ministère provincial de la Santé, ils vous diront qu'ils ont déployé le même genre d'efforts et que les résultats indiquent toujours une baisse des coûts d'hospitalisation, une légère hausse du coût des soins médicaux—ce qui est tout à fait logique si on met l'accent sur les soins de base—une baisse des coûts technologiques, et une baisse des coûts relatifs aux médicaments d'ordonnance et aux prix des médicaments. On réalise toujours le même genre d'économies.

J'ai mentionné tout à l'heure que les conclusions de l'étude n'ont été publiées qu'en 1989, et nous ignorons la vraie raison de ce retard. Depuis 1983, nous avons insisté pour que ces conclusions soient publiées. Le retard tient en partie à ce qui est arrivé après l'implantation de l'assurance-maladie en Saskatchewan et le fait que les cliniques communautaires étaient perçues comme étant dans un camp et pas dans l'autre; toute cette controverse n'a pas encore été réglée en Saskatchewan.

Je pense que dans l'ensemble, je dois vous dire que les coûts de santé sont trop élevés. Un bon programme de soins médicaux est trop important pour les Canadiens pour qu'on se permette de laisser ce genre de chose influencer sur le gouvernement lorsqu'il s'agit de voir quelles sont les solutions les mieux en mesure de nous aider à limiter les coûts tout en assurant des soins de santé de qualité. Parallèlement, nous souhaitons voir enterrer la hache partisane et nous espérons que le gouvernement étudiera sérieusement cette possibilité, dans l'intérêt de la population.

[Text]

Let me turn very briefly to the areas you are interested in in your current study. With respect to seniors—and you are interested in the growth of the senior population—one of the things about the study I just referred to is that savings on hospital costs and on drug costs were proportionately greater as the age of particular patients went up; that is to say, there are more savings for senior citizen patients. It seems to us that our service model speaks fairly well and has demonstrated fairly effectively that we can save costs by de-emphasizing institutionalization, emphasizing prevention, education, and so forth for seniors, and we think we can help there.

With respect to accessibility of various particular and unique groups, again the community clinic and the community health centre experience in this country is one that demonstrates quite effectively that, because we arise out of particular communities, we tend to respond better because administratively we are much more flexible than the mainstream of the system. Programming alternatives, service alternatives can and are devised to meet the needs of particular target groups, and we can speak to that to some extent in terms of examples later.

In terms of the distribution of health care resources, through non-fee-for-service remuneration combined with that multi-disciplinary approach, we think we have something to offer by way of an administrative mechanism to provide better for distribution of professionals, particularly in underserved areas, rural areas. You will know that experiments are now under way with community health centre-like alternatives in various rural parts of this country. We encourage that.

• 0935

Finally, yes, we do support the notion that other health professions and para-professions should have a greater role in the system as direct providers. We reject the idea that as direct providers of service they be remunerated on the basis of fee for service. I do not think it would be appropriate or cost effective to continue to add various professions to fee for service. We think salary and other alternatives are far and away the better approaches.

The final point is that the community health centre idea, the community clinic idea and the administrative framework that it creates offer a good base within which to better utilize the skills and abilities of allied health professions and yet offer the administrative framework also within which to manage those various professions. There are a number examples demonstrating that as well. Thank you.

[Translation]

Permettez-moi de parler brièvement des secteurs qui vous intéressent dans le cadre de votre étude. Pour ce qui est des personnes de l'âge d'or—et vous vous intéressez à la croissance de ce secteur démographique—l'étude en question a conclu que les économies réalisées en matière de coûts hospitaliers et de coûts des médicaments étaient proportionnellement plus élevées en fonction de l'âge des patients; autrement dit, les patients de l'âge d'or permettent de réaliser de plus grandes économies. Je pense que notre modèle de services n'a pas à se défendre, et il a prouvé effectivement que l'on pouvait réaliser des économies en encourageant la désinstitutionnalisation des personnes âgées et en encourageant les mesures de prévention et d'éducation qui leur sont destinées, et nous pensons avoir un rôle à jouer à cet égard.

En ce qui a trait aux groupes particuliers, à caractère unique, les cliniques communautaires et les centres de santé communautaires ont prouvé qu'ils étaient mieux en mesure de répondre à leurs besoins, parce qu'ils sont représentatifs des collectivités et qu'ils réagissent avec plus de souplesse que le système principal sur le plan administratif. Nous offrons des programmes et des services de rechange que nous concevons nous-mêmes pour répondre aux besoins des groupes cibles particuliers, et nous pourrions vous donner des exemples de cela plus tard.

Quant à la répartition des ressources de soins de santé, dans le cadre d'un système de rémunération autre qu'à l'acte combiné avec une démarche multidisciplinaire, nous sommes en mesure d'offrir un mécanisme administratif susceptible d'assurer une meilleure répartition des professionnels, en particulier dans les régions rurales qui sont mal desservies. Vous êtes au courant des essais qui se font actuellement dans diverses régions rurales canadiennes, où on expérimente des services qui ressemblent à ceux qui sont prodigués par des centres de santé communautaires, et nous encourageons ce genre d'initiative.

Et finalement, nous encourageons les autres professionnels et paraprofessionnels de la santé à jouer un rôle plus important au sein du système en tant que dispensateurs directs de services. Nous rejetons l'idée qu'en tant que tels, ils soient rémunérés à l'acte. Je ne pense pas qu'il soit ni approprié ni rentable de maintenir la rémunération à l'acte pour les diverses professions médicales. Nous pensons qu'il est de loin préférable de les salarier ou de les rémunérer différemment.

Pour conclure, je dirais que l'idée du centre de santé communautaire, l'idée de la clinique communautaire et du cadre administratif qu'elle offre, fournit une base solide, qui permet de mieux utiliser les compétences et les aptitudes des professionnels auxiliaires de la santé, tout en offrant le soutien administratif voulu pour administrer ces diverses professions. On l'a prouvé à plusieurs reprises dans la réalité. Je vous remercie.

[Texte]

Mrs. Clancy (Halifax): Mr. Marwick, first of all I am delighted to see you here as someone from the land of Moses Cody and Jimmy Tompkins. Co-operatives are very dear to the heart of most Nova Scotians.

I am interested in how you divide your billing between what I presume is your co-operative fee—and I am presuming that your doctors, at least, must somehow fit into the medicare system.

Mr. Marwick: Yes, there are a variety of forms for financing for these alternatives.

Mrs. Clancy: Given the Canada Health Act and the constraints regarding extra billing and so on, I presume you must be extremely meticulous to show that the co-operative fees cover certain things but not specific medical treatment by doctors. Would that be the case?

Mr. Marwick: Yes. In the Saskatchewan example, we are financed on the basis of a budget that consists of two parts. One is financing for salary and support services ranging from the psychologist on staff to nursing, X-ray and so forth and so on, on the basis of what would be a financing formula for a small to medium-sized hospital. Allocations are tied to precedents set in the hospital sector.

The second piece consists of a special budgetary arrangement for the financing of the salaries of physicians. We pay on the basis of salary in Saskatchewan. That is determined by way of a formula that links urban general practitioner fee incomes—

Mrs. Clancy: I did not know about that. I know doctors who would go right up the wall. It would be really good for them. When you say on a basis of salary, what is the salary range?

Mr. Marwick: The average fee-for-service earnings in Saskatchewan are in the range of \$130,000 to \$135,000 a year, more or less, for urban practitioners practising in a group.

Mrs. Clancy: Is it set at a certain salary?

Mr. Marwick: Yes. They take that number, subtract an overhead component covered in the first part of the budgetary mechanism that I mentioned, and then have the basis for a salary.

That is paid to the sponsoring association and it makes arrangements with its physicians with respect to salaries, benefits and so forth, thereby providing the link back to what private practitioners are earning, so that people who are working on salary can be competitive with their colleagues in private practice.

Mrs. Clancy: That \$135,000 is a fair wage.

[Traduction]

Mme Clancy (Halifax): Je vous dirai tout d'abord, monsieur Marwick, que je suis ravie de voir un représentant du pays de Moses Cody et de Jimmy Tompkins. La plupart des Néo-Écossais ont une faiblesse particulière pour les coopératives.

Je suis intéressée par la façon dont vous répartissez votre facturation entre ce que je suppose être vos frais coopératifs... je suppose également que vos médecins, pour le moins, sont payés en fonction du régime d'assurance-maladie.

M. Marwick: Il existe effectivement toutes sortes de façon de financer ces diverses formules.

Mme Clancy: Étant donné les dispositions de la Loi canadienne sur la santé et les contraintes relatives à la surfacturation, entre autres, je suppose que vous prenez grand soin d'indiquer que les frais coopératifs couvrent certains des traitements médicaux fournis par les médecins, mais certainement pas tous. C'est bien le cas?

M. Marwick: Oui. Dans le cas de la Saskatchewan, nous avons un budget à deux paliers. Nous avons d'une part les salaires et les services de soutien, du psychologue à l'infirmière, en passant par les préposés aux rayons X, entre autres, et ce budget est calculé selon la formule financière qu'utiliserait un hôpital de petite taille ou de taille moyenne. Les montants sont établis au regard de montants déjà utilisés dans le secteur hospitalier.

Le deuxième volet représente des dispositions budgétaires spéciales destinées à assurer la rémunération des médecins. En Saskatchewan, ces derniers sont salariés. Leur salaire est établi en fonction de ce que gagne un médecin de médecine générale qui travaille en ville... .

Mme Clancy: Je l'ignorais. Je connais des médecins que l'idée rendrait fous furieux. Cela leur ferait du bien. Vous dites qu'ils sont salariés, mais quel est l'éventail du salaire?

M. Marwick: Les médecins qui travaillent à l'acte en Saskatchewan—je parle de médecins qui travaillent en ville dans un même groupe—gagnent de 130,000\$ à 135,000\$ par année environ.

Mme Clancy: Est-ce que le salaire est fixé à un certain montant?

M. Marwick: Oui. On prend le chiffre en question, on enlève un certain montant pour les frais généraux qui sont couverts dans la première partie du mécanisme budgétaire dont j'ai parlé, et cela vous donne la base du salaire.

Le salaire est versé par l'association dont ils font partie, qui prend les dispositions nécessaires vis-à-vis de ces médecins en matière de salaire, d'avantages sociaux, etc., et qui établit ce salaire en fonction de ce que gagnent les médecins qui travaillent pour leur compte, de sorte que les médecins salariés peuvent gagner autant que leurs collègues qui travaillent pour leur compte.

Mme Clancy: Ce montant de 135,000\$ représente tout un salaire.

[Text]

Mr. Marwick: Yes. There is a fairly substantial component that goes toward overhead. In our case it runs better than one-third. That brings it down. Nobody is saying here that physicians should not be well paid.

• 0940

Mrs. Clancy: I am not saying that either.

Mr. Marwick: Frankly, if you look at physician costs, they are not the largest ticket on the bill; it is hospital costs, which are generated by physicians.

We provide insured health services to anyone who wants or needs them and will use our facility, because we are a government-funded insured facility. The co-operative is the sponsoring organization.

If you buy your membership in the co-operative you can also make an extra contribution, if you want, and that will give you the newsletter and various health information programs that are not insured and are financed on an as-we-can, when-we-can, user-pay, if-necessary, basis. You become a member of the co-operative. But separate that from—

Mrs. Clancy: I see. What is your co-operative fee?

Mr. Marwick: It is \$5 for an individual membership, \$10 for a family, and an additional annual voluntary fee of \$20 for a family, \$10 for an individual.

Mrs. Clancy: What is your membership, approximately?

Mr. Marwick: We have about 10,000 members on record and about 20,000 active patients in Regina.

Mrs. Clancy: I have been involved with the community clinic in Halifax.

Mr. Marwick: North End?

Mrs. Clancy: Yes. It would seem to me that is an ideal situation for moving towards the co-operative mode. Do you think that is possible, or would you have to start at square one and reconstruct? Or do you think community clinics can move into the co-operative mode?

Mr. Marwick: I know North End in Halifax is organized and sponsored as a co-operative. It is operating on the basis of a delivery model like what we are advocating here.

Mrs. Clancy: But it is not a co-operative per se, in the sense of charging a co-operative fee and so on.

Mr. Marwick: My information is that it is. We have to be very careful here to separate sponsorship from service delivery.

[Translation]

M. Marwick: Oui, mais on prélève un bon montant pour les frais généraux. Dans notre cas, cela représente un peu plus du tiers, ce qui fait que le salaire n'est pas aussi généreux. Personne ici ne prétend que les médecins devraient être mal rémunérés.

Mme Clancy: Ce n'est pas ce que je dis non plus.

M. Marwick: D'ailleurs, si vous regardez les factures médicales, vous constatez que le gros des frais est imputable aux coûts hospitaliers, pas à la rémunération des médecins.

Notre hôpital est financé par le gouvernement et, pour cette raison, tous ceux qui veulent des soins de santé ou qui en ont besoin ont accès gratuitement à nos installations. C'est la coopérative et l'organisation qui assurent le parrainage.

Quand vous devenez membre de la coopérative, vous pouvez faire une contribution supplémentaire si vous le souhaitez, et vous recevez le bulletin de nouvelles et des informations sur divers programmes de santé qui ne sont pas assurés et qui sont financés dans la mesure de nos moyens, au moment où on peut le faire, aux frais de l'intéressé, le cas échéant, etc. Vous devenez membre de la coopérative, mais ce n'est pas. . .

Mme Clancy: Je vois. Ça coûte combien pour devenir membre?

M. Marwick: Ça coûte 5\$ par personne, 10\$ pour la famille, et la contribution annuelle facultative est de 20\$ par famille, ou 10\$ par personne.

Mme Clancy: Vous avez combien de membres à peu près?

M. Marwick: Nous avons environ 10,000 membres inscrits officiellement et à peu près 20,000 patients actifs à Regina.

Mme Clancy: J'ai déjà travaillé pour la clinique communautaire de Halifax.

M. Marwick: Celle de North End?

Mme Clancy: Oui. Il me semble que la solution idéale serait d'avoir des coopératives pour tous. Pensez-vous que ce soit possible pour les cliniques communautaires de devenir des coopératives, ou pensez-vous qu'il faudrait repartir à zéro?

M. Marwick: Je sais que la clinique de North End, à Halifax, fonctionne comme une coopérative sur le plan organisation et financement. Elle suit précisément le modèle de prestation de services que nous préconisons ici.

Mme Clancy: Mais ce n'est pas vraiment une coopérative, car il n'y a pas de frais d'adhésion, entre autres.

M. Marwick: Si, selon ce qu'on m'a dit. Il faut prendre soin ici de faire la distinction entre le parrainage et la prestation de services.

[Texte]

Mrs. Clancy: Yes. That is the question I am getting at.

Mr. Marwick: Co-operative sponsorship lends itself to the objectives of consumer involvement, not-for-profit, and so forth. It lends itself as a good way to ensure consumer direction over this alternative service-delivery mechanism.

I think you are on the way to a significant co-operative at North End in Halifax. Were it to get solid core funding consistently—which I know it has been fighting for over the years—and allowed to grow naturally, I think you would be able to demonstrate the same sorts of numbers as we have gone through here in terms of savings and as have been demonstrated in Ontario in a number of examples.

La vice-présidente: Nos témoins ont sans doute remarqué qu'il y avait très peu de députés. Il en manque au moins cinq parce que le Comité des finances a siégé toute la nuit et qu'il continue à siéger. Depuis hier, c'est une roue qui tourne. C'est la raison pour laquelle il y a peu de députés ici.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Thank you very much for your presentation. I am glad to see the committee looking at the co-operative health care model. Perhaps unlike most members of the committee, I am a member of a health care co-operative in Saskatoon and therefore have some familiarity with the way it operates. I might say that in all the time I have been a member I have never yet received any medication from the Saskatoon Community Clinic, which is one way of the clinic saving health care costs. Neither have I been particularly sick, I must admit.

Mrs. Clancy: That is a judgment call.

Mr. Axworthy: It is also the judgment of the doctors. They would not give me any medication—I am talking about being physically sick, Mary.

I will ask some more general questions about the role of health care co-operatives as a response to some expressed concerns the federal government has, and indeed perhaps most involved in the field have, about our present health care system. Perhaps I could ask first whether you are concerned about the direction of our health care system.

Mr. Marwick: Yes, we are. In a moment I will ask you to be more specific, but I guess our biggest problem is that once we began to insure services we assumed we had done the job. A truly public system of health care we think deserves to have a good deal more public direction. That means finishing medicare. This is not just an argument for democratization. When you have public direction, I think you have some cost effectiveness and the two, in our minds, go hand in hand.

[Traduction]

Mme Clancy: Effectivement, c'est bien là que je voulais en venir en posant ma question.

M. Marwick: Le parrainage de coopératives se prête en soi à la participation des consommateurs, à des entreprises sans but lucratif, etc. C'est un système qui se prête à un mécanisme de prestation de services dirigé par les consommateurs.

Je pense que vous allez effectivement avoir une importante coopérative à North End, à Halifax. Si cette clinique était assurée d'un financement de base régulier—et je sais que c'est ce qu'elle essaye d'obtenir depuis plusieurs années déjà—et qu'on lui permette de croître naturellement, je pense que vous seriez en mesure de prouver que vous réussissez les mêmes économies que celles qui ont été réalisées en Ontario et ailleurs.

The Vice-Chairman: Our witnesses may have noticed that there were very few members present. Five of them at least are missing because the Finance Committee sat all night and is still sitting. It has been going non-stop since yesterday, and this is why we have so few members present.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Merci beaucoup de cet exposé. Je suis heureux de voir le Comité se pencher sur un modèle coopératif de soins de santé. Je suis probablement un des rares membres de ce Comité à faire partie d'une coopérative de soins de santé, à Saskatoon, et je suis donc au courant de la façon dont cette coopérative fonctionne. Je dois vous dire que depuis que je suis devenu membre, la clinique communautaire de Saskatoon ne m'a jamais fourni de médicaments, ce qui est une façon pour la clinique d'économiser en matière de soins de santé. Je dois avouer toutefois que je n'ai pas vraiment été malade non plus.

Mme Clancy: C'est une décision personnelle.

M. Axworthy: C'est une décision qui relève aussi des médecins. Les médecins ne m'ont pas donné de médicaments—je dis bien quand j'étais malade, Mary.

J'aimerais vous poser des questions générales sur le rôle que les coopératives de soins de santé peuvent jouer pour répondre aux préoccupations manifestées par le gouvernement fédéral relativement à notre système actuel de soins de santé, préoccupations que partagent d'ailleurs la plupart de ceux qui travaillent dans ce domaine. J'aimerais tout d'abord vous demander si la nouvelle tendance de ce système vous inquiète.

M. Marwick: Oui, elle nous inquiète. Je vous demanderai dans quelques instants de préciser votre question, mais je pense que le plus gros problème en ce moment, c'est qu'on s'imagine qu'il n'y a plus rien à faire dès que l'on offre des services assurés. Or, un système de soins de santé public digne de ce nom devrait être beaucoup plus influencé par la population. Ce qui signifie améliorer le régime d'assurance-maladie. Ce n'est pas simplement par amour de la démocratie. Lorsque les gens vous disent quoi faire, je pense que vous pouvez avoir une entreprise rentable, et les deux, à notre avis, vont de pair.

[Text]

[Translation]

• 0945

Mr. Axworthy: In terms of specifics and in terms of our role here in looking at the federal government's role, I wonder what you see as the federal government's role in planning, directing or co-ordinating health care in Canada and whether or not you see it performing a very effective role in that regard. You are at the front line of health care delivery. I wonder if you see that direction. It certainly is not something that I see.

Mr. Marwick: Our position is that the federal government has to provide the leadership and has to lay down the general principles and standards of a national program of health care. We in Saskatchewan, joined by others like us in other parts of the country, agitated quite strongly and quite consistently for the Canada Health Act. We think it is a beginning but, yes, there is a good, solid federal presence.

If I might make a suggestion in terms of the co-operative alternative—the community-sponsored, not-for-profit alternative—one of the things that may be within the purview of the federal government would be, either through some conditions that could be negotiated with respect to cost sharing or through some granting formula that could be part of the federal cost sharing of health services, to encourage the creation of these alternatives and good evaluation criteria for them.

Mr. Axworthy: Just to follow that theme, I think it is an interesting theme and one that is worth pursuing. What steps have been taken, do you think, by the federal government to encourage the co-operative model of health care delivery, bearing in mind that you have indicated in your report that the clinics are more effective and more efficient, that they concern themselves more with prevention and promotion, and that there is more participation by consumers, a whole holistic or interdisciplinary approach and more use of other health care professionals? It seems to me that the various reports coming out of Health and Welfare Canada see all these things as desirable. What steps, if any, have been taken by the federal government to assist you in doing what the federal government appears to want from the health care system?

Mr. Marwick: There have been some. Within the purview of the federal Department of Health and Welfare, at least, there has been good, central co-ordination of information on community-based services and to some extent modest advocacy of community-based control. One very small item perhaps from the department's perspective but important to us was that two or three years ago the department compiled a list of community health centres across the country, along with various characteristics of each of those centres. We found this invaluable in terms of communicating with our sister organizations around the country.

M. Axworthy: Si notre tâche consiste à établir le rôle du gouvernement fédéral, pour entrer dans les détails, j'aimerais savoir quel rôle à votre avis le gouvernement fédéral devrait jouer dans la planification, l'administration ou la coordination des soins de santé au Canada. J'aimerais que vous nous disiez également ce que vous pensez de sa performance à cet égard. Vous êtes à même du juger de son efficacité, puisque vous êtes en quelque sorte sur la ligne de feu. Pensez-vous que le gouvernement joue bien son rôle? Car ce n'est pas du tout l'impression que j'ai.

M. Marwick: Selon nous, le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de chef de file et établir les principes généraux et les normes d'un programme national de soins de santé. En Saskatchewan comme dans le reste du pays, bien des Canadiens ont réclamé à cor et à cri une loi canadienne sur la santé. Cela ne suffit peut-être pas, mais cela montre tout de même une présence fédérale solide.

Permettez-moi de faire une suggestion relativement à la formule des centres coopératifs, des cliniques communautaires sans but lucratif. Le gouvernement pourrait certainement encourager l'implantation de ces services et établir des critères valables pour les juger, soit en négociant certaines des conditions relatives au partage des coûts, soit au terme d'une formule qui pourrait faire partie du pourcentage des coûts de santé payés par le gouvernement fédéral.

M. Axworthy: Je pense que c'est là une idée intéressante qu'il vaudrait la peine d'étudier davantage. À votre avis, quelles mesures a prises le gouvernement fédéral pour encourager l'adoption du modèle coopératif de soins de santé? N'oubliez pas que vous indiquez dans votre rapport que les cliniques représentaient une solution plus efficace et plus efficiente parce qu'elles s'intéressent davantage à la prévention et à la promotion, parce que les consommateurs participent davantage, parce que leur démarche est holistique ou interdisciplinaire et qu'elles ont recours plus souvent aux autres professionnels de la santé. Si j'en crois les divers rapports publiés par Santé et Bien-être Canada, ce sont là des objectifs qui sont tous valables. Quelles mesures a donc prises le gouvernement fédéral pour vous aider à réaliser des vœux qui semblent être aussi les siens en matière de système de soins de santé?

M. Marwick: Le gouvernement a pris plusieurs mesures. Santé et Bien-être Canada a lui-même assuré une bonne coordination centralisée de l'information relative aux services communautaires et a même dans une certaine mesure encouragé le contrôle communautaire. Il y a deux ou trois ans, le ministère a pris une initiative qu'il juge peut-être peu importante, mais qui est importante pour nous, en dressant la liste de tous les centres de santé communautaires du Canada, liste qui précisait les diverses caractéristiques de chacun d'eux. C'est une liste qui vaut son pesant d'or lorsqu'il s'agit de communiquer avec nos homologues au pays.

[Texte]

It comes from interesting places. The meeting of ministers in charge of co-operatives, as Lynden mentioned earlier, which took place in Montreal last fall, expressed an interest in health service co-operatives. Through the co-operative secretariat, which reports to the Minister of Grains and Oilseeds, we have undertaken a little project to satisfy the co-operative ministers' interests in the co-operative health care question. This has the involvement of Health and Welfare Canada and of the provinces. Grains and Oilseeds is an interesting place to talk about health care but it is progress. We are quite pleased.

Mr. Axworthy: There is a great deal more that could be done, I take it, from what you have said. You are not exactly exuberant about the federal government's participation but you have seen some signs of assistance.

Mr. Marwick: I think that is probably a fair assessment. We are much more pleased in the last two or three years than previously. We are not talking anymore about something questionable in terms of its legitimacy or effectiveness. We are mainstream providers and we are innovators. We are demonstrated as high-quality providers and we have been demonstrated to be cost-effective providers. Our argument is to get on with it.

• 0950

Mr. Axworthy: Is there anything specific the federal government might do? I guess it could go all the way to direct funding of community clinics, which is unlikely under the present situation. But what specific steps would you like to see the federal government take to encourage the development of co-operative health care clinics?

Mr. Marwick: I go back to Hastings in 1972: use what instruments you have to encourage the provinces, which are the principal providers, to experiment with this alternative; expand that to encouragement of some measure of general planning and integration for the system—and I am paraphrasing Hastings' recommendations here—and finally, lay in place good evaluation criteria, not just for us but for the system generally. Use the role of the federal government and the influence of the federal government to do it. I acknowledge all of this takes place at the provincial level, and you may have to provide some incentives, but use your role to do it, because in our mind planning, integration—in summary, a measure of public direction through government over the system—is what is required to finish medicare.

Mr. Axworthy: In terms of the transition that all involved in the health care system seem to agree should take place towards more prevention and promotion, and away from the almost total concentration on treatment, what role would you see the community clinics performing in that transition? We always hear that you

[Traduction]

Cette liste a une origine intéressante. Comme Lynden l'a mentionné tout à l'heure, lors de la réunion des ministres responsables des coopératives, qui s'est déroulée l'automne dernier à Montréal, les participants ont manifesté de l'intérêt pour les coopératives de soins de santé. Par le truchement du secrétariat des coopératives, qui relève du ministre d'État aux céréales, nous avons entrepris un petit projet en réponse à l'intérêt manifesté par les ministres envers les coopératives de soins de santé, projet auquel participent Santé et Bien-être Canada et les provinces. C'est peut-être curieux de voir le ministre d'État aux céréales s'intéresser aux soins de santé, mais c'est déjà un commencement, et nous en sommes ravis.

M. Axworthy: D'après vos propos, je conclus qu'il reste encore beaucoup à faire. Même si le gouvernement fédéral a apporté une légère participation, vous ne débordez pas d'enthousiasme à son endroit.

M. Marwick: Vous avez assez bien jugé la situation, mais depuis deux ou trois ans, nous sommes beaucoup plus heureux qu'auparavant. Il n'est désormais plus question de prouver que ces services sont efficaces et justifiés. Nous avons commencé à assurer directement ces services et à faire des innovations. Nous avons prouvé que nous pouvions offrir des soins de haute qualité d'une façon rentable. Ce qu'on veut, c'est qu'on y donne suite.

M. Axworthy: Est-ce qu'il y a des mesures particulières que le gouvernement fédéral pourrait prendre? Le gouvernement pourrait par exemple financer directement les cliniques communautaires, même s'il y a peu de chance qu'il le fasse dans les circonstances actuelles. Mais quelles sont les mesures particulières que vous recommanderiez au gouvernement fédéral de prendre pour encourager l'implantation de cliniques coopératives de soins de santé?

M. Marwick: Je vous dirai en paraphrasant ce que disait Hastings en 1972: utiliser les instruments à votre disposition pour encourager les provinces, qui sont les principaux dispensateurs, à mettre ces solutions à l'essai; les incorporer ensuite dans la planification générale et dans le système même et, finalement, adopter de bons critères d'évaluation, qui s'appliquent non seulement à nous, mais à tous les systèmes. Profitez du rôle que le gouvernement fédéral doit jouer et de l'influence qu'il exerce. Je sais que tout se fait au niveau des provinces et qu'il faudra peut-être les encourager, mais profitez du fait que vous avez un rôle à jouer parce que pour nous, tout ce qu'il faut pour améliorer le régime d'assurance-maladie, c'est de la planification et de l'intégration, bref, permettre au public d'exercer une certaine influence sur le système.

M. Axworthy: Tous ceux qui travaillent dans le domaine de la santé reconnaissent que dans l'intervalle, on devrait encourager davantage la prévention et la promotion au lieu d'insister essentiellement sur le traitement; à votre avis, quel rôle pourraient jouer les cliniques communautaires à cet égard pendant la période

[Text]

have to take resources away from somewhere else if you are going to move towards prevention and promotion. It seems to me you have shown, if it in fact is the case, that you do not reduce the quality of health care. Indeed, your figures suggest you increase the quality of health care delivery and health status, so what role might you see for the community clinics in a transition towards prevention and promotion?

Mr. Marwick: We in Saskatchewan, like alternatives in other parts of the country, regularly break new ground by way of programming and services that roughly fit your criteria with respect to prevention and promotion.

It goes a bit beyond that. We are known as advocates in the areas. We operate on community issues often, whether we are talking about our role in agitating to bring public attention to child hunger in Regina, whether we are talking about the South Riverdale Community Health Centre's role in the Get the Lead Out campaign—you will recall that in the early 1970s the centre was located in an area of Toronto badly polluted by emissions from a lead smelter—across to Vancouver Reach Community Health Centre dealing with the needs of the homeless. So we are community advocates.

From your experience in Saskatoon, you know we have done the administrative ground-breaking in terms of devising programs all the way from healthy lifestyles to cancer screening to senior citizens' health checks and so forth. So we are a bit of a social laboratory.

I want to be clear, though, that prevention and education will only go so far in that the determinants of health are more than just to stop smoking, stop drinking, and keep your weight down. There are socio-economic determinants.

• 0955

Mr. Axworthy: It sounds like a very boring life.

Mr. Marwick: It can be.

Mr. White (Dauphin—Swan River): Welcome, ladies and gentlemen. I enjoyed reading through your brief and quite frankly I liked your ideas very much, as someone who spent many years working in health care. I think you have taken a very novel approach and I think we are going to have to break new ground, as you mentioned, if we are going to get our system under control financially and make it as effective as we can.

I was interested when you said that the increased hospital costs are physician driven. I also think the high drug costs are often physician driven, and that is tied to overtreatment. I have seen that happen so many times. A recent study I was reading said that we are graduating in

[Translation]

de transition? Ce qu'on nous répète constamment, c'est que si vous insistez sur la prévention et la promotion, ce sera aux dépens d'autres choses. Il me semble pourtant que vous avez prouvé que vous étiez en mesure d'offrir des services de qualité. De fait, selon vos propres statistiques, les soins de santé offerts sont meilleurs et les gens sont en meilleure santé. Quel rôle pensez-vous donc que les cliniques communautaires pourraient jouer pendant la période de transition en matière de prévention et de promotion?

M. Marwick: En Saskatchewan—et nous ne sommes pas les seuls—nous continuons à offrir de nouveaux programmes et services qui répondent en gros à vos critères de prévention et de promotion.

Cela va un peu plus loin. Nous avons la réputation de nous être faits les champions de la question. Quand nous essayons de faire du battage pour attirer l'attention du public, nous partons souvent de cas communautaires, comme celui d'enfants qui souffrent de la faim à Regina, ou le Centre de santé communautaire de South Riverdale et le saturnisme—rappelez-vous: au début des années 70, ce centre se trouvait dans un quartier de Toronto qui avait été sérieusement pollué par les émissions d'une fonderie de plomb—sans parler du Centre de santé communautaire Reach, à Vancouver, qui a attiré l'attention sur les besoins des sans-logis. Nous sommes bien les champions des collectivités.

Vous connaissez Saskatoon et vous savez comment nous avons surmonté les obstacles administratifs en concevant des programmes qui encouragent une vie saine, permettent de dépister le cancer, de faire des bilans de santé pour les personnes âgées, etc. Nous sommes en quelque sorte un laboratoire social.

Par contre, je vous le dis sans ambages, la prévention et l'éducation ne seront utiles que dans la mesure où l'on n'oubliera pas que la santé est fonction de facteurs socio-économiques et qu'il n'est pas suffisant d'arrêter de fumer, de cesser de boire et de suivre un régime amaigrissant.

M. Axworthy: Cela n'a pas l'air drôle comme programme.

M. Marwick: Ça peut l'être.

M. White (Dauphin—Swan River): Bienvenue, mesdames et messieurs. J'ai lu votre mémoire avec intérêt et je dois vous dire que j'aime beaucoup vos idées, et j'ai moi-même passé beaucoup d'années dans le domaine de la santé. Je pense que vous allez adopter une démarche tout à fait originale et comme le vous dites, je pense qu'il va falloir innover si nous voulons contrôler nos coûts et avoir un système aussi efficace que possible.

J'ai été intéressé de vous entendre dire que l'augmentation des coûts hospitaliers était imputable aux médecins. Je pense que c'est aussi le cas lorsque l'on parle du coût élevé des médicaments, qu'on nous prescrit à tort et à travers. J'ai constaté cela très souvent. J'ai lu une

[Texte]

Canada about 500 physicians more than we should have, which is why I like your not-fee-for-service idea.

Do you think it is a problem that there are too many physicians? As a corollary question to that: in your salary approach to health care professionals are you getting any type of feedback or any co-operation from the professional groups, such as the Canadian Medical Association and the Pharmaceutical Association?

Mr. Marwick: I do not know if there are too many physicians, in answer to your first question. I know that there are too many in a lot of urban areas, but I also know that there are a lot of folks in the countryside who do not have access to reasonable primary care. I would like to see the distribution problem resolved before I would be prepared to comment on when you stop graduating physicians or when you reduce the numbers.

I used the term "physicians as gatekeepers", and it is true that physicians make most of the decisions that end up producing health costs, particularly hospital costs, but it is not entirely physician driven. Part of it is the direct result of a lack of planning, the lack of co-ordination of services. I will give you an example. This is a personal one. Before I came out here a personal friend of mine had major surgery in a hospital in the city of Regina; he was in for the required seven or eight or nine days and was about to go home when he became infected. What was required was to change his dressings twice a day. There was no availability of home care, whereby you could send a nurse or a health worker of some kind to his home to change his dressings, so he ended up staying an extra five or six days in an acute-care hospital in the city of Regina, at about \$600 or \$700 a day. That five or six days would have paid the salary, the expenses and the benefits of a home-care nurse for an entire month or more. Nobody thinks about this sort of thing, or it does not appear so. These are the kinds of things that community clinics are doing and are advocating.

With respect to the acceptability of salary and other forms of remuneration, that has changed greatly in about the last 10 to 15 years, for several reasons. Physicians as a group, certainly the newer graduates, are considering themselves less as individual practitioners and more as group practitioners—and you will see that on both the private side and the public side—and they are much more amenable to salary, to the point where individual provincial medical associations now have wings of salaried practitioners to represent their interests. Salary is becoming the instrument of remuneration of choice for a good number of physicians employed in hospitals, whether they are teaching hospitals or emergency rooms of hospitals. Lifestyle issues are becoming more important to physicians, perhaps largely because more women are graduating as physicians. That has produced different

[Traduction]

étude récente qui concluait qu'au Canada, on formait environ 500 médecins de plus que ce dont on a besoin, et c'est pourquoi j'aime l'idée d'une rémunération autre qu'à l'acte.

Pensez-vous que le fait que les médecins soient trop nombreux pose un problème? Et voici ma question corollaire. est-ce que les groupes professionnels, comme l'Association médicale canadienne et l'Association canadienne de l'industrie du médicament, collaborent avec vous ou vous disent ce qu'ils pensent de votre idée de salarier les professionnels de la santé?

M. Marwick: Pour répondre à votre première question, j'ignore si effectivement il y a un trop grand nombre de médecins. Je sais qu'il y en a trop dans les centres urbains, mais je sais aussi qu'il y a des tas de gens dans les campagnes qui n'ont pas accès à de bons soins de base. Avant de recommander que l'on forme moins de médecins, qu'on éclaire leurs rangs, j'aimerais qu'on résolve d'abord le problème de leur répartition.

J'ai utilisé l'expression «médecins gardes-barrières», car il est vrai que les coûts de santé, les coûts hospitaliers en particulier, dépendent en bonne partie des décisions prises par les médecins. Mais ce n'est pas entièrement leur faute. Une partie de ces coûts est directement imputable à un manque de planification, à un manque de coordination des services. Je vous donne un exemple personnel. Avant que je ne vienne ici, un de mes amis a subi une opération chirurgicale grave dans un hôpital de Regina; il devait être hospitalisé sept, huit ou neuf jours et il était sur le point de rentrer chez lui lorsque sa plaie s'est infectée, nécessitant un changement de pansements deux fois par jour. Comme il n'était pas question d'envoyer une infirmière ou un travailleur de la santé chez lui pour changer ses pansements, il a fallu qu'il reste cinq ou six jours de plus dans cet hôpital de Regina, aux soins actifs, à raison de 600\$ ou 700\$ par jour. Cette même somme aurait permis de payer le salaire, les frais et les avantages sociaux d'une infirmière à domicile pendant au moins un mois. Personne ne songe apparemment à ce genre de solution, qui est précisément la solution utilisée et préconisée par les cliniques communautaires.

Quant à savoir si les médecins acceptent d'être salariés ou de toucher d'autres formes de rémunération, les choses ont beaucoup changé depuis 10 ou 15 ans pour différentes raisons. La profession médicale, les nouveaux diplômés en tout cas, se considèrent moins comme des médecins individuels que des médecins de groupe—et c'est le cas pour ceux qui travaillent dans le secteur privé comme dans le secteur public, et l'idée de salaire est beaucoup plus populaire, à un tel point que les associations médicales provinciales comptent maintenant dans leurs rangs de nombreux médecins salariés dont elles défendent les intérêts. Un bon grand nombre de médecins qui travaillent dans les hôpitaux, que ce soit dans les hôpitaux universitaires ou dans les services d'urgence, choisissent la rémunération salariale. Ce qui devient de plus en plus important pour eux, c'est le mode de vie, en

[Text]

roles of self and different priorities in terms of personal satisfaction, and salary goes hand in hand with that.

You might be interested in knowing—and I cannot vouch 100% for the accuracy of this figure—that my medical director back home tells me that something in the range of 70% of all physicians in the United States are now on some form of remuneration other than fee for service. That could be salary and capitation, salary plus bonus incentive, and so on. To be clear, we are not just talking about salaries as the form of remuneration. What we are talking about is non-fee-for-service.

• 1000

Mr. White: I am glad to hear attitudes are changing. I want to follow up on one of the points you mentioned. As someone who has lived all his life in rural Manitoba, I know exactly what you mean by the problem of getting some of the physicians out of the urban centres. Would you support systems whereby provinces offered incentives to get graduating physicians to go to rural areas? It has been a long and very controversial debate in Manitoba about whether or not the province should offer incentives to physicians going to rural parts of Manitoba. I am sure it is happening in other provinces as well. What is your feeling on that?

Mr. Marwick: I know there has been a long and controversial debate. I know Manitoba has tried a number of options including rural-based community health centres. I personally would be in support of incentives. I am not necessarily certain they should be monetary incentives. I think you will want to lay down the planning framework before you begin to throw money around. Physicians' concerns about going into the countryside centre on such things as access to specialty services, a communications network whereby a general practitioner in Eyebrow, Saskatchewan—and there is a place called Eyebrow—

Mr. White: I know there is.

Mr. Marwick: —it is just down the road from Elbow. When somebody shows up in the 10-bed hospital with chest pain, he wants to be able to link the guy's ECG to a cardiologist in Saskatoon. We do not have that, and we have to have it.

Good ambulance service is another concern. Ambulance services are a patchwork in my province. One of my colleagues in Prince Albert got a call; someone was having trouble somewhere outside of Prince Albert and they needed an ambulance. But because of the juxtaposition of road ambulance districts he was driven by his wife three miles down the road into the next

[Translation]

particulier dans le cas des femmes. Les rôles et les priorités ne sont plus les mêmes lorsqu'il s'agit de satisfaction personnelle, et la rémunération salariale se prête particulièrement à ce nouvel état de choses.

Cela vous intéressera peut-être de savoir—même si ce chiffre est peut-être à vérifier—que mon directeur médical me dit qu'aujourd'hui, 70 p. 100 des médecins aux États-Unis touchent une rémunération autre qu'à l'acte. Le salaire pourrait très bien être calculé en fonction du nombre de patients inscrits; on peut également imaginer un système de primes, etc. Ce n'est pas que nous voulions à tout prix en faire des salariés; ce que nous voulons éviter, c'est la rémunération à l'acte médical.

M. White: Je suis heureux d'entendre dire que les choses évoluent. À ce sujet, j'aimerais revenir sur ce que vous avez dit. Ayant toujours vécu à la campagne, au Manitoba, je sais exactement ce dont vous parlez lorsque vous dites qu'il est difficile d'amener les médecins à s'installer à la campagne. Et pour que les jeunes médecins aillent s'y installer, pensez-vous que les provinces doivent adopter des mesures incitatives appropriées? On en a beaucoup discuté au Manitoba, et je suis sûr qu'on y pense également dans d'autres provinces. Qu'en pensez-vous?

M. Marwick: Je sais effectivement que l'on en a beaucoup discuté. Je sais également que le Manitoba a essayé plusieurs solutions, y compris la création de centres de santé communautaires ruraux. Je suis personnellement favorable à l'adoption des mesures incitatives qui vont dans ce sens. Ces mesures d'encouragement ne doivent pas nécessairement être d'ordre monétaire. Avant d'en arriver là, il faudrait avoir correctement planifié l'ensemble de l'opération. Ainsi, ce qui préoccupe surtout les médecins, lorsqu'il est question d'aller à la campagne, c'est la question de l'accès aux services médicaux spécialisés, ce qui pose la question d'un réseau de communication bien conçu, qui permettrait aux généralistes de Eyebrow, en Saskatchewan—c'est le nom d'une localité de cette province. . .

M. White: Je sais.

M. Marwick: . . . c'est tout près de Elbow. C'est-à-dire que si quelqu'un se présente dans un petit hôpital de 10 lits, en se plaignant d'une douleur dans la poitrine, le médecin doit pouvoir éventuellement discuter de l'électrocardiogramme du patient avec un cardiologue de Saskatoon. Pour le moment, c'est ce qui manque, et c'est ce dont nous avons besoin.

Il y a aussi la question des services d'ambulance. Dans ma province, ils se sont partagé le gâteau en districts. Je pense à l'exemple de mon collègue de Prince Albert qui a reçu un appel pour quelqu'un qui était en difficulté, à l'extérieur de Prince Albert, et qui avait besoin d'une ambulance. À cause de ce système de districts, le malade a d'abord dû être conduit par sa femme à trois milles de

[Texte]

ambulance district so they could pick him up and take him to the hospital. You need some sort of co-ordination of services.

Finally, if you juxtapose group practice, non-fee-for-service remuneration, and you use some aspects of our service model, you might encourage more people to go out to these places. They have the support of colleagues and health workers, they have some time to themselves—24 hours a day on call, every day, is something that troubles rural physicians and burns them out quickly—and they have professional colleagues with whom they can relate.

If you begin to experiment with those sorts of things—and I know there have been some in Manitoba—then you can begin to talk about whether there should be financial incentives to go with them.

Mr. White: I have two more brief questions. First, I would like your reaction to an idea I read in the newspaper a couple of weeks ago. I am talking about someone getting a T-4 for the cost of a medical services up to a limit of say, \$2,000, so he or she does not lose everything they have over a heart transplant or something. Up to \$2,000 everyone would get a T-4, and depending on your tax bracket you might pay more or less. It was the first time I heard an idea like that and I would be interested in your reaction.

Secondly, you mentioned in your brief that you hired a native health worker to help in the process. Is there a lot of native involvement in the systems that are in place? From my own experience I know that is one of the major problem areas in health care on the Prairies, and probably in other parts of the country as well. How much are natives involved, and is there room for more involvement?

Mr. Marwick: In your first question, I assume you are referring to a certain extent to the report of the Alberta commission and that sort of thing where you have a tally or an account of health costs. As community health centres, we think the public should have full knowledge of what it costs to provide them with health services, and should be participants in terms of trying to control those costs. But health status is not dictated solely and completely by how well one take care of oneself, or how well one lives, or how healthy a lifestyle one adopts. Accordingly we think if you were to run an account type of system, you would rapidly slide towards the whole two-tiered propositions we are opposed to.

• 1005

With respect to the native health question, it is "as we can, where we can". I have said this earlier with respect to other types of programming. We respond as best we can.

[Traduction]

chez lui, jusqu'au district d'ambulance d'à côté, où on a pu venir le chercher et le transporter à l'hôpital. Je pose donc la question de la coordination des services d'ambulance.

Et finalement, si vous groupez les services, et que ceux-ci ne sont pas rémunérés à l'acte médical, et si par ailleurs vous vous inspirez de notre modèle, vous arriverez à inciter plus de médecins à s'installer à la campagne. Cela permet aux médecins et aux travailleurs du secteur de la santé de s'organiser, de se soutenir, ce qui leur donne plus de temps libre—être à la disposition des malades 24 heures sur 24, sept jours sur sept, finit par user les médecins de campagne—et dans ce système, ils ne sont pas isolés de leurs collègues.

Si vous vous organisez de cette façon—je sais qu'il y a eu des projets pilotes au Manitoba—vous pourrez ensuite vous poser la question des mesures d'incitation financière à proprement parler.

M. White: J'ai encore deux brèves questions à poser. Je voudrais savoir ce que vous pensez de cette idée que j'emprunte à un article de presse d'il y a deux semaines. Il y est question de délivrer une T4 pour frais médicaux jusqu'à concurrence de 2,000\$, pour éviter que ce ne soit une catastrophe lorsque quelqu'un a besoin d'une greffe du coeur ou autre. Jusqu'à concurrence de 2,000\$, on aurait droit à une T4, ce que vous paierez ensuite dépendant de la tranche d'imposition à laquelle vous appartenez. C'est la première fois que j'entendais parler d'une telle idée, et j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Deuxièmement, vous dites dans votre mémoire que vous avez recruté les services d'un autochtone. J'aimerais savoir quelle est la participation de la population autochtone dans l'ensemble du système. D'après ce que je sais, cela pose de graves problèmes dans les Prairies, et sans doute également dans le reste du pays. Quelle est donc la participation des autochtones à la prestation des services de santé, et y a-t-il place pour des améliorations?

M. Marwick: Dans votre première question, vous faites sans doute allusion au rapport de la commission albertaine, et à sa proposition de comptabilisation des coûts de santé. Puisque nous sommes des centres de santé communautaires, nous pensons que le public doit avoir pleinement connaissance de ce que ces services coûtent, et qu'il doit pleinement participer à l'effort général visant à réduire autant que possible ces coûts. Malheureusement, la santé ne dépend pas seulement et complètement du soin que l'on prend de soi-même, du mode et de l'hygiène de vie de l'individu. Voilà pourquoi nous ne sommes pas partisans de ce système de comptabilisation, qui aboutirait très rapidement à une médecine à deux vitesses à laquelle nous nous opposons.

Pour ce qui est des autochtones, notre réponse est que nous faisons ce que nous pouvons, là où nous le pouvons. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que je vous fais

[Text]

That has included the Native Health Worker Program in Saskatoon. It has included an array of activities out of Prince Albert.

I know for certain that in Saskatchewan the Department of Health and Welfare—which in co-operation with Indian bands is responsible for providing health services to Indian people—is encouraging the formation of community clinic-like organizations, native control, native involvement in programming, prevention, education and so forth, in tandem with mainstream medical and health services.

What I am advocating there is use of the model for that particular target group, thereby involving that target group in determining its priorities for health services.

Mr. Fontana (London East): I want to ask you a little more about the study that was done, you know, comparing the 15,000 patients. . . I have no problem with the philosophy of co-operatives and co-operative medicine and different models. I think you have mentioned there is a scarce resource of money out there. One has to try to apply it in the most effective and co-ordinated and efficient manner. I guess that is the whole purpose of what we are doing here, trying to figure out that equation of possibility.

You indicated that when you compared the costs of that select group of 15,000 who were attending private physicians and who were going to the clinic, the costs were in fact higher at the clinic. But the savings you talked about were essentially on the care side through hospitalization, lower drug costs, and everything else.

It seems to me that this means you must be talking about a different kind of care occurring at your clinics vis-à-vis what is happening at the private practitioner level. It would seem to me that as you said, then, perhaps yours is more proactive and theirs is more reactive. They are prescribing more drugs. They are the gatekeepers to hospitalization in the sense that they in fact are the control mechanism.

I am trying to understand. Obviously when you start talking about 15% and 20% savings and so on and so forth, I want to know what it is that is different between the kind of health care you are providing and what is happening with the private practitioner. It would seem to me that this becomes the key to essentially determining what those other costs are going to be.

Is it attitude? What is it? Something must be happening. I am relating the fact that you have doctors at the practitioner level, or private practices. Within your clinics I am sure you have health care professionals, be they doctors, or nurses, or other paramedical personnel you have indicated. Is it the team approach? What is it that is causing these lesser costs on the other end?

[Translation]

cette réponse. Nous faisons de notre mieux, et je pense notamment aux programmes des travailleurs autochtones de la santé, à Saskatoon, qui nous a permis un certain nombre d'interventions et d'actions à partir de Prince Albert également.

Mais je sais avec certitude qu'en Saskatchewan, le ministère de la Santé et du Bien-être—qui est responsable du secteur de la santé en milieu autochtone, et cela en collaboration avec les bandes indiennes—encourage la création d'entités communautaires du type clinique, encourage la gestion et la participation des autochtones aux programmes, encourage la prévention, l'éducation, etc., et cela en collaboration avec les services médicaux et sanitaires traditionnels.

Ce que je préconise en la matière, c'est l'utilisation, pour cette population particulière, du modèle que nous proposons, en appelant les intéressés à déterminer eux-mêmes leurs priorités en matière de santé.

M. Fontana (London-Est): J'aimerais revenir à cette étude qui portait sur un échantillon de 15,000 patients. . . Je n'ai rien contre le modèle coopératif, ni la médecine du même nom. Vous avez dit, vous-même, que les ressources et moyens financiers n'étaient pas évidents, et qu'il fallait essayer d'être le plus efficace possible, et cela notamment en coordonnant nos efforts. C'est précisément ce que nous essayons de faire ici, en étudiant d'abord ce qui est possible.

Lorsque vous avez fait une étude comparative des coûts, sur cet échantillon de 15,000 patients, qui s'adressait soit à des médecins privés, soit à des cliniques, vous avez dit que cela coûtait plus cher à la clinique. Mais au total, vous avez parlé d'une économie, et cela en raison de ce que l'hospitalisation coûte, et parce que le coût pharmaceutique est également moindre, etc.

Cela veut-il dire alors que les soins qui sont dispensés dans votre clinique sont différents de ceux de la médecine privée? J'ai l'impression, d'après ce que vous dites, que votre démarche est plus préventive, alors que la médecine privée traditionnelle se contente plus de réagir après coup. Elle prescrit également plus de médicaments. Et ce sont ces mêmes médecins qui contrôlent en quelque sorte l'accès à l'hôpital.

Je cherche à comprendre ce que vous nous dites. Lorsque vous parlez d'une économie de 15 et 20 p. 100, etc., j'aimerais savoir quelle différence il y a entre les soins que vous offrez et ceux des autres médecins. Cette comparaison me semble essentielle si l'on veut pouvoir également comparer les coûts.

Est-ce une question de conception? Où est la différence? Il faut bien qu'elle soit quelque part. Dans un cas comme dans l'autre, on a affaire à des médecins, et dans vos cliniques, vous employez également des professionnels de la santé, qu'il s'agisse de médecins, d'infirmières, ou d'autre personnel paramédical dont vous nous parliez. Est-ce que cela est dû au phénomène du

[Texte]

Mr. Marwick: It is a combination of a number of things to which you have alluded. The first one is the way you pay. When you pay differently, when you pay by means other than fee for service, you get a different kind of practice.

Mr. Fontana: But you indicated that even if with a private practitioner you took out 30% because of administrative costs, I would imagine at a \$130,000 average you are still talking about paying a good doctor, who obviously does not practice medicine just because of the joy of being in medicine. Doctors also have certain requirements, to pay for the education they have received, for instance, which could amount to \$80,000 or \$90,000. Does that differential make up for...? You said your costs at the clinic level were higher than those of private practitioners.

• 1010

Mr. Marwick: Yes.

Mr. Fontana: I am not debating that point. What happens after they go through the door, so to speak? Why are costs less when they leave your clinic than when they go into private practice?

Mr. Marwick: Costs are not less when they leave our clinics, but are less when you add everything that a patient costs through the system. As I said, part of the cost is in the way you pay and part is in the way you organize and deliver the services.

My medical director in Regina has a good example. Suppose your four-year-old child goes down a slide, falls off the end, and bangs his head. You take him to see your fee-for-service general practitioner, who is operating out of a single office, probably does not have immediate access to an X-ray machine and so forth, and is busy, so this physician will probably say that the child has a bump on his head and had better be admitted to a hospital for observation because he could have a concussion. So you take him to the local hospital, they admit him and he is there for a day at least, possibly two days by the time the paperwork is completed.

If the same situation occurs and you and your child come through our door, you will have the attention of a salaried physician who does not have 60 other patients lined up in order to sustain his income.

Mr. Fontana: But your clinics are busy.

Mr. Marwick: Yes, we are busy. But the physician will probably say that since the child has bumped his head he will run a quick X-ray. The X-ray will probably show nothing, then the doctor sits down with the parents for 15 minutes and describes signs they should look out for, such

[Traduction]

travail en équipe? D'où vient qu'au total, cela coûte moins cher?

M. Marwick: C'est un ensemble de facteurs, que vous avez d'ailleurs plus ou moins cités. Le premier concerne le mode de rémunération. Lorsque vous abandonnez le système des honoraires à l'acte médical, les méthodes changent.

M. Fontana: Mais vous le disiez vous-même: même en déduisant 30 p. 100 de ce que gagne un médecin privé, pour vos frais d'administration, à 130,000\$ en moyenne, cela est encore pas mal, et vous vous offrez un bon médecin, qui, de toute évidence, ne pratique pas non plus la médecine pour le seul amour de l'art. Et les médecins ont eux aussi certaines exigences, comme par exemple de rembourser leurs frais d'études, ce qui pourrait monter à 80,000\$ ou 90,000\$. Est-ce que cette différence suffit...? Vous nous disiez qu'à la clinique, vos frais étaient plus élevés que ceux des médecins du secteur privé.

M. Marwick: Oui.

M. Fontana: Je n'en disconviens pas. Mais que se passe-t-il ensuite? Pourquoi, au total, une fois que le malade vous a quitté, cela coûte-t-il quand même moins cher que le système privé?

M. Marwick: Il ne s'agit pas de dire que le malade coûte moins cher une fois qu'il a quitté notre clinique, mais qu'il coûte moins cher si l'on fait le total de ce qu'il coûte dans le système traditionnel. Et ce coût dépend de la façon dont le médecin est rémunéré, d'une part, et d'autre part, de la façon dont vous organisez et prodiguez les soins.

Mon directeur médical, à Regina, donne toujours l'exemple suivant. Prenez le cas d'un enfant de quatre ans qui se cogne la tête en descendant un toboggan. Vous allez avec lui chez un généraliste qui travaille à l'acte médical, seul dans son cabinet, qui n'a sans doute pas la possibilité de faire faire immédiatement une radiographie, etc., et qui par ailleurs est très pris, si bien qu'il risque probablement de décider de faire admettre l'enfant à l'hôpital en observation, car ce pourrait être un cas de traumatisme crânien. Vous emmenez l'enfant à l'hôpital du coin, il est admis, et il reste d'abord au moins un jour, peut-être deux, jusqu'à ce que son dossier soit prêt.

Si, dans le même genre de situation, vous venez avec votre enfant chez nous, un médecin salarié pourra immédiatement s'occuper de vous, et notamment parce qu'il n'y a pas 60 autres malades qui l'attendent, et dont il a besoin pour des raisons financières.

M. Fontana: Mais j'imagine qu'il y a beaucoup de monde dans vos cliniques.

M. Marwick: Oui, mais nos médecins pourront faire tout de suite une radiographie, indiquant probablement qu'il n'y a rien, et ensuite bavarder 15 minutes avec les parents, leur décrire les symptômes possibles auxquels les parents doivent faire attention en cas de traumatisme,

[Text]

as dizziness, not being able to wake the child up, vomiting and so on, which make up the preliminary signs of concussion. The parents are 10 minutes away from a hospital anyway, so they take the child home, having saved a day's stay in a hospital. That approach is inherent in non-fee-for-service practice.

Mr. Fontana: That could be the case. I am not trying to be argumentative, but I am trying to understand how one analyses these costs, and you have made some assumptions I am not sure of. Either this really happened or you are making the assumption that a private practitioner would assume that the child would have to be admitted to a hospital and would not send him next door to an X-ray clinic or to a clinic down the street, at which an X-ray could be provided right away to determine whether a concussion was involved. You are also assuming the doctor would not talk to the child's parents and describe the signs they have to look out for.

You have indicated that because people walk into your clinic the chances of that child being admitted to a hospital will probably be less than if they visited a private practitioner. I am trying to understand that assumption. If the private practitioner is, as you said, too busy to take the time that personnel in your clinics would take, you are therefore talking more of quality of medicare, as opposed to quantity.

Is that what you are saying? That you can offer better quality health care than can the private practitioner because he is so busy due to the fee-for-service equation that probably says he should herd patients in like cattle and the quicker they leave, the more that doctor will make, therefore. . .

Mr. Marwick: No, there is no percentage in attacking fee-for-service practitioners.

We are saying that when you change the way you pay for services you change the way in which professionals delivering those services perceive their roles and divide their time in the course of providing those services. When you combine that perception with an array of support staff, including nurses, as in the case I alluded to, acting as direct providers in following up and so forth, and with a multi-disciplinary, multi-service approach, you get a tangibly different alternative. We will let the quality speak for itself.

Mr. Fontana: You have assumed, and I take it that a certain number of health care professionals may work in a clinic. If the system, depending on what provincial governments do, because they administer health care in this country, while the federal government funds health care and sets out certain standards, says that clinics are acceptable or more acceptable alternative, whether or not they are co-operative, then changing attitudes started to move to a clinic such as yours, I could foresee the same kind of problems. The busier you get, you either have to hire more people or you are going to have rush them

[Translation]

comme l'étourdissement, le fait de ne pas pouvoir réveiller l'enfant, les vomissements, etc. De toute façon, il y a un hôpital à 10 minutes, si bien que les parents peuvent rentrer à la maison avec leur enfant, et ils auront économisé une journée d'hospitalisation. C'est ce que permet le système qui abandonne le principe de la rémunération du médecin à l'acte médical.

M. Fontana: Peut-être. Je ne tiens pas absolument à vous contester, mais je cherche à comprendre comment vous analysez les coûts, et je constate que vous faites certaines suppositions et hypothèses dont je ne suis pas absolument certain. Peut-être les choses se sont-elles déjà passées ainsi, peut-être supposez-vous qu'un médecin privé partirait du principe qu'il faut hospitaliser l'enfant, sans même peut-être lui faire faire une radiographie dans une clinique qui se trouve à côté, radiographie qui permettrait tout de suite de déterminer la gravité du traumatisme. Vous semblez également supposer que ce médecin ne prendrait pas la peine d'avertir les parents de l'enfant des symptômes qu'ils doivent surveiller.

D'après vous, lorsque l'on s'adresse à vos cliniques, les risques que cela se transforme en hospitalisation sont moindres que lorsque l'on va voir un médecin de la médecine privée. C'est précisément cette hypothèse que je cherche à comprendre. Et si, comme vous le dites, le médecin de la médecine privée a trop à faire pour consacrer à chaque cas le temps que vos cliniques peuvent lui consacrer, vous abordez ici le problème de la qualité et de la quantité.

Est-ce bien cela? Vous prétendez pouvoir offrir des soins de meilleure qualité que la médecine privée, sous prétexte que celle-ci fonctionne à l'acte médical et qu'elle est surchargée, en quelque sorte que les patients sont traités comme du bétail qu'il faut expédier rapidement, pour que le médecin puisse gagner plus. . .

M. Marwick: Non, notre intérêt n'est pas d'attaquer les médecins de la médecine privée.

Nous disons simplement qu'en modifiant le mode de rémunération, vous modifiez également la façon dont les médecins conçoivent leur rôle et organisent leur temps lorsqu'ils prodiguent des soins. Ajoutez à cela le personnel de soutien, y compris les infirmières, comme dans le cas que j'ai cité, puisqu'elles participent directement et suivent éventuellement le patient, ajoutez à cela une conception multidisciplinaire et multiservices, et vous obtenez un modèle sensiblement différent. Pour ce qui est de la qualité, laissons les choses parler d'elles-mêmes.

M. Fontana: D'après vous, une clinique fait travailler toute une équipe de professionnels de la santé. En fonction de ce que les gouvernements provinciaux décideront, puisqu'ils sont responsables du secteur de la santé, tandis que le gouvernement fédéral finance et fixe certaines normes, il pourrait se faire que l'on opte en faveur du système des cliniques, qu'elles soient ou non coopératives, et que l'afflux des patients y crée finalement le même genre de problèmes que ceux auxquels nous nous heurtons maintenant. Et plus vous aurez de monde, plus il faudra recruter d'employés, ou réduire le temps

[Texte]

through the system as quickly as possible. That is the nature of the beast. Right now you are dealing with 20,000 active patients as members of your co-operative, is that right?

• 1015

Mr. Marwick: There are 10,000 in the sponsoring association and 20,000 active by definition of what constitutes an active patient by hospital standards.

Mr. Fontana: How many personnel do you have in that clinic?

Mr. Marwick: A full-time equivalent of about 30. Let me just make a point here. Perhaps it is a little bit of a personal observation. Within the context of a publicly financed and sponsored program of health care for this country, we think we are advocating some forward-looking managerial solutions tied to good, solid consumer representation.

I do not want the committee to misunderstand me. But all you have to do in terms of looking at the results of this approach is to look south of the border, where public health insurance did not mask the cost of care. You will find consumer sponsored co-operatives doing precisely this—emphasizing primary care, multi-disciplinarian, multi-service, non-fee-for-service practice—to keep health costs down for their members, to keep health services accessible in a country that is the leading industrial nation in the world and has not seen fit to provide for its citizens by way of health care.

Interestingly enough, you will find the private insurance companies using exactly the same managerial tools, managerial solutions, to keep hospital costs down. Hospital costs are expensive for private insurance companies, just as they are for taxpayers in this country. That is all we are doing. We are rolling it together with consumer sponsorship with the idea that you get better service, better care, better value for your buck.

Mr. Fontana: As I said, I have no problems at all with the philosophy. In fact I think it is great. But perhaps you could supply us with a copy of that study released in 1989, that that was done six years before. God knows why it was not released.

Mr. Marwick: Madam Chairman, I am speaking from notes to a brief that I am in the process of preparing. I was invited by the CCA to join them but the committee also invited me. Within the next week or two I will pass along that document with the study I have referred to in other items to the committee.

Mrs. Clancy: I have just one brief question, which I hope my other colleagues will allow me. In another

[Traduction]

dont ils disposent pour chaque malade. C'est inhérent au système. Pour le moment, vous avez 20,000 patients actifs dans votre coopérative?

M. Marwick: Dix mille au titre de notre association, et 20,000 patients actifs au total si l'on s'en tient à la définition du terme dans les hôpitaux.

M. Fontana: Et combien de gens travaillent dans votre clinique?

M. Marwick: En équivalent plein temps cela ferait 30. Mais permettez-moi une petite digression. Peut-être est-ce un point de vue un peu personnel. Nous discutons dans une optique de programme de santé subventionné par le secteur public, et tout ce que nous préconisons, ce sont des méthodes de gestion prévoyantes faisant place à une bonne défense des intérêts du consommateur.

Que le Comité ne se méprenne pas. Il suffit, pour juger des résultats de cette méthode, de voir ce qui se fait au sud de la frontière, où il n'y avait pas ce système public d'assurance-maladie pour masquer les coûts des soins. Vous y trouverez précisément des coopératives de consommateurs qui font exactement la même chose, c'est-à-dire mettre l'accent sur les soins primaires, sur l'aspect multidisciplinaire et multiservices, sur l'abandon des honoraires à l'acte médical, et cela pour juguler l'inflation des coûts de santé, et pour permettre aux habitants de la première des nations industrielles, laquelle n'a pas jugé utile de subventionner le secteur de la santé, de se soigner.

Vous vous apercevrez même que les compagnies d'assurance privées, pour maintenir les frais d'hospitalisation à un niveau raisonnable, utilisent ces méthodes de gestion dont je parlais. Car l'hospitalisation coûte aussi cher aux compagnies d'assurances privées qu'aux contribuables de notre pays. Voilà donc ce que nous proposons. Et à la façon de faire américaine, nous ajoutons la participation du consommateur, dans une optique d'amélioration du service et des soins, et de rentabilisation des investissements.

M. Fontana: Comme je le disais, le principe me paraît tout à fait acceptable. Je trouve même que c'est formidable. Peut-être pourriez-vous cependant nous fournir un exemplaire de cette étude publiée en 1989 et qui remonte en fait à six ans auparavant. On se demande pourquoi elle n'a pas été publiée plus tôt.

M. Marwick: Madame la présidente, je m'inspire ici simplement de notes dont je vais me servir pour la rédaction d'un mémoire. La CCA m'avait invité à me joindre à elle, et de son côté, le Comité m'avait lui aussi demandé de comparaître. Je pourrai donc, d'ici une semaine ou deux, vous faire parvenir ce document, en même temps que l'étude que j'ai citée à plusieurs reprises au Comité.

Mme Clancy: J'ai juste une petite question à poser; j'espère que mes collègues m'y autoriseront. À un autre

[Text]

committee on which I sit we have heard quite a bit about specific problems in Saskatchewan relating to family planning and so on; perhaps—if you will excuse the expression—it is not the most fertile field. I wonder if you could tell me whether in your clinic you have family-planning counselling, well-women clinics, well-baby clinics, things of that nature?

Mr. Marwick: To the extent that we can finance them, we do. Remember, the financing we receive is tied to insured services. Special funding for special projects and programming is an area we have consistently come up short on in terms of trying to organize immediate responses to immediate problems. Despite that, we have what is probably one of the best pre-natal education programs in the city of Regina. We have a huge obstetrical caseload.

Mrs. Clancy: Do you also do abortion referral? Do you do family-planning counselling, per se, as opposed to pre-natal education?

• 1020

Mr. Marwick: At the medical level, yes; they are practitioners. The family-planning component constitutes rather a sizable piece of the practices of several of our practitioners.

Mrs. Clancy: What about abortion referral?

Mr. Marwick: Again, it is within the context of the individual physician and the patient. If it is an option, then it is done.

Mrs. Clancy: Do you have any particular policy on that in your clinic?

Mr. Marwick: The supporting association is on record as being in support of choice.

Mr. Axworthy: I have a short question about advertising. Bearing in mind that you offer a wider range of services than most fee-for-service doctors would offer and that many of them, I am sure, would be quite attractive to individuals if they knew about them—and advertising is, to a large extent, a federal responsibility—how difficult is your inability to advertise, in terms of attracting more patients, and therefore being able to offer more services, and what would you like to see done about it?

Mr. Marwick: Speaking from Regina's perspective, we do not have to attract more patients—we now have more than we know what to do with, in terms of the general attractiveness of the service model. But = 1662 =] yes, historically there has been a problem with respect to advertising the alternative, consisting of not just medical services, but the way services are organized, and various programs and so forth, that run as an adjunct to your mainstream services. We have always run the risk of being questioned with respect to advertising of medical services because... well, I do not perceive it as the problem it was in years past, but that is also a uniquely Regina

[Translation]

comité auquel je participe, nous avons beaucoup entendu parler des problèmes de la Saskatchewan en matière de planning familial, etc.; peut-être n'est-ce pas—permettez-moi l'expression—le champ d'action le plus fécond qui soit. Dites-moi si dans votre clinique vous faites du planning familial, et si vous offrez des services périnataux aux femmes et aux enfants, etc.?

M. Marwick: Dans la mesure où nos moyens nous le permettent, oui. N'oubliez pas que nos moyens financiers sont étroitement liés à ce que versent les assurances. Mais nous avons toujours eu du mal, lorsqu'il fallait répondre immédiatement à une situation d'urgence, à obtenir des fonds spéciaux pour des projets spéciaux. En dépit de cela, nous offrons ce qui est sans doute un des meilleurs programmes d'éducation prénatale de Regina. Nous faisons beaucoup d'obstétrique.

Mme Clancy: Est-ce que vous prescrivez également des avortements? Faites-vous réellement ce qu'on appelle du planning familial, en dehors de votre programme d'éducation prénatale?

M. Marwick: Le planning familial constitue effectivement une partie importante de l'activité de plusieurs de nos médecins.

Mme Clancy: Recommandez-vous des avortements?

M. Marwick: Encore une fois, c'est la patiente et son médecin qui décident. S'ils choisissent cette option, l'avortement peut se faire.

Mme Clancy: Votre clinique a-t-elle adopté une position sur la question?

M. Marwick: L'association a déclaré publiquement qu'elle était en faveur de la liberté de choix.

M. Axworthy: J'ai une petite question concernant la publicité. Compte tenu du fait que vous offrez une gamme de services plus variés que la plupart des médecins payés à l'acte médical, ce qui risquerait d'intéresser de nombreuses personnes si elles étaient au courant, je voudrais savoir ce que vous pensez d'une interdiction de faire de la publicité dans la mesure où elle vous empêche d'augmenter votre clientèle et d'accroître ainsi les services offerts.

M. Marwick: En ce qui concerne notre clinique de Regina, nous n'avons pas besoin d'attirer davantage de patients, puisque nous en avons déjà trop; notre réputation n'est plus à faire. Mais je reconnais que la publicité visant les autres services pose un problème pas seulement du point de vue des services médicaux, mais par rapport à l'organisation et à la prestation de ces services. Nous sommes exposés à la possibilité de reproches concernant la publicité faite pour des services médicaux... Le problème n'est pas vraiment réel pour nous à Regina, mais je sais qu'il se pose ailleurs. Il est regrettable que le simple fait d'informer la population des

[Texte]

observation, and I know it is an issue in other places. It is unfortunate that by wanting to inform people there are choices in terms of the way they can obtain their services, you can, on the other hand, be accused of advertising.

Mr. White: I am just wondering, because of your emphasis on prevention, education under one roof, if any chiropractors take part in any of these community health centres that you are familiar with.

Mr. Marwick: There are none in Saskatchewan, but I could not speak for the rest of the country.

La vice-présidente: Messieurs, madame, nous vous remercions beaucoup de votre exposé. Il nous sera fort utile dans l'étude sur les soins de santé au Canada et leur mode de financement.

Nous devons continuer, mais comme il n'y a pas quorum, nous allons reporter à la prochaine réunion l'adoption du Huitième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure.

La séance est levée.

[Traduction]

choix qui existent pour les soins de santé vous expose à l'accusation de faire de la publicité.

M. White: Étant donné l'importance que vous donnez à la prévention et à l'éducation, je voudrais savoir si des chiropraticiens travaillent dans certains de ces centres de santé communautaires.

M. Marwick: Pas en Saskatchewan, mais je ne connais pas la situation ailleurs au Canada.

The Vice-Chairman: Gentlemen, Madam, we would like to thank you very much for your presentation. It will be very useful to us in our study of the funding of health care in Canada.

Our meeting was supposed to continue, but since we do not have a quorum, we will postpone the adoption of the Eighth Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure until our next meeting.

The meeting is adjourned.



*If undelivered, return COVER ONLY to
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESSES

From the Canadian Co-operative Association:

Lynden Hillier, Executive Director;

Thomas E. Marwick, Executive Director, Regina
Community Clinic.

TÉMOINS

De la Canadian Co-operative Association:

Lynden Hillier, directeur administratif;

Thomas E. Marwick, directeur administratif, Regina
Community Clinic.

054710026

FEB 27 1991

